Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale" n. 114 del 17 maggio 2022 - Serie generale

Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA **Roma - Martedì, 17 maggio 2022** SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 691 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO
PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

N. 19

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

INTESA 28 aprile 2022.

Intesa, ai sensi dell'Accordo Stato-regioni del 5 dicembre 2013, Rep. Atti n. 164/CSR, sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, ai sensi dell'art. 8 del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni - Triennio 2016-2018. (Rep. Atti n. 70/CSR 28 aprile 2022).

INTESA 28 aprile 2022.

Intesa, ai sensi dell'Accordo Stato-regioni del 5 dicembre 2013, Rep. Atti n. 164/CSR, sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 8 del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni - Triennio normativo 2016-2018. (Rep. Atti n. 71/CSR 28 aprile 2022).



S O M M A R I O

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO



DECRETI E DELIBERE DI ALTRE AUTORITÀ

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

INTESA 28 aprile 2022.

Intesa, ai sensi dell'Accordo Stato-regioni del 5 dicembre 2013, Rep. Atti n. 164/CSR, sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, ai sensi dell'art. 8 del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni - Triennio 2016-2018. (Rep. Atti n. 70/CSR 28 aprile 2022).

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 28 aprile 2022;

Vista la legge 26 maggio 2004, n. 138 di conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, che all'articolo 2-*nonies* dispone che l'accordo collettivo nazionale concernente il personale sanitario a rapporto convenzionale è reso esecutivo con intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni;

Visto l'Accordo Stato-Regioni del 5 dicembre 2013 avente ad oggetto la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli accordi con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale (rep. atti n. 164/CSR);

Vista la nota pervenuta a questo Ufficio di Segreteria il 15 aprile 2022, con la quale la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, al fine di completare l'*iter* procedurale con il perfezionamento della prevista intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, ha trasmesso copia dell'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, ai sensi dell'art. 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni. Triennio 2016-2018 (sottoscritta in data 10 febbraio 2022), con allegati i seguenti documenti:

parere positivo del Comitato di settore Comparto Regioni-Sanità;

certificazione positiva della Corte dei conti;

Vista la nota DAR 6487 del 22 aprile 2022, con la quale è stata diramata l'ipotesi di accordo collettivo in argomento;

Considerato che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano hanno espresso avviso favorevole al perfezionamento dell'intesa sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, ai sensi dell'art. 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni. Triennio 2016-2018;

Acquisito, quindi, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano,

Sancisce intesa:

sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, ai sensi dell'art. 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni. Triennio 2016-2018, che in allegato A al presente atto, ne costituisce parte integrante.

Roma, 28 aprile 2022

Il Presidente: Gelmini

Il segretario: Lo Russo

ALLEGATO *A*

SISAC
Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati

IPOTESI DI ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.LGS. N. 502 DEL 1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI –

TRIENNIO 2016-2018

In data 10 febbraio 2022 alle ore 12:00 ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'Ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta ai sensi dell'articolo 8 del d.lgs., n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni tra

la **SISAC** nella persona del Coordinatore dott. Marco Luca Caroli *firmato*

e le seguenti Organizzazioni Sindacali:

FIMP *firmato*

SIMPEF *firmato*

FEDERAZIONE CIPE-SISPE-SINSPE ____________

Vista la Legge 23 dicembre 1978, n. 833;

Visto il Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive integrazioni e modificazioni;

Visto l'articolo 4, comma 9, Legge 30 dicembre 1991, n. 412 e successive integrazioni e modificazioni;

Vista la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, recante modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione della Repubblica Italiana;

Visto l'articolo 52, comma 27, Legge 27 dicembre 2002, n. 289 e successive integrazioni e modificazioni;

Vista la Legge 8 novembre 2012, n. 189;

Visto il Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 di cui all'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome (Rep. 82/CSR del 10 luglio 2014);

Visto il Patto per la Salute per gli anni 2019-2021 di cui all'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome (Rep. 209/CSR del 18 dicembre 2019);

Visto l'Accordo tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, il Ministero della Salute, il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, avente ad oggetto la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli accordi con il personale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 52, comma 27 della Legge 27 dicembre 2002, n. 289, del 5 dicembre 2013 (Rep. 164/CSR);

Visto l'articolo 2 nonies della Legge 26 maggio 2004, n. 138;

Visto l'Accordo Stato-Regioni nella Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome del 29 luglio 2004;

Visto l'articolo 1, comma 178 della Legge 30 dicembre 2004, n. 311;

Visto l'articolo 1, comma 470 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208;

Vista la Legge 11 dicembre 2016, n. 232;

Visto l'articolo 1, comma 683 della Legge 27 dicembre 2017, n. 205;

Visto l'articolo 9-quater del Decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78 convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2015, n. 125;

Visto il Decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23 convertito, con modificazioni, dalla Legge 5 giugno 2020, n. 40;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 settembre 2015, n. 178 recante regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico (FSE);

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 febbraio 2017;

Vista l'Intesa Stato-Regioni, n. 28/CSR del 21 febbraio 2019, Intesa sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019- 2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

Vista l'Intesa Stato-Regioni, n. 10/CSR del 19 gennaio 2017, Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019»;

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 36/CSR del 7 febbraio 2013 recante linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale;

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 160/CSR del 15 settembre 2016, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Piano nazionale della cronicità" di cui all'art. 5, comma 21, dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016";

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 221/CSR del 24 novembre 2016, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117";

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 14/CSR del 2 febbraio 2017, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "La formazione continua nel settore salute";

Vista l'Intesa Stato-Regioni, n. 113/CSR del 21 giugno 2018, Intesa, sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 5 dicembre 2013, rep. atti n. 164/CSR, sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta- triennio 2016-2018.

Al termine della riunione, le parti hanno sottoscritto l'allegato Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta.

INDICE

TITOLO I – DISPOSIZIONI GENERALI

CAPO I – CONTESTO ISTITUZIONALE

ART. 1 – QUADRO DI RIFERIMENTO.

1. Le Regioni e le Province autonome (in seguito Regioni), le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative della pediatria di libera scelta (in seguito Organizzazioni Sindacali) con il presente Accordo definiscono le condizioni per il rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale, come disposto dall'articolo 8 del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni.
2. La sostenibilità economica del Servizio Sanitario Nazionale e la crescente esigenza di qualificazione dei servizi sanitari territoriali richiedono una nuova organizzazione del sistema delle cure primarie valorizzando i pediatri di libera scelta e promuovendo l'integrazione con altre figure professionali. Con il presente rinnovo contrattuale si dà attuazione alla riforma introdotta nell'ordinamento vigente con la Legge 8 novembre 2012, n. 189 con riferimento, in particolare, alle disposizioni contenute nell'articolo 1.
3. Le Regioni rispettano le clausole del presente Accordo applicandone i principi negli Accordi decentrati al fine del miglioramento della qualità dell'assistenza, dell'uniforme applicazione sull'intero territorio regionale e della tutela del rapporto individuale di lavoro con i pediatri di libera scelta convenzionati, valorizzando il rapporto fiduciario medico-paziente.
4. Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali ribadiscono la validità del Servizio Sanitario Nazionale solidale, universale ed equo, quale organizzazione fondamentale per la tutela e la promozione della salute.
5. Nel contesto legislativo e regolamentare in cui opera, il presente Accordo Collettivo Nazionale risponde anche agli indirizzi del Patto per la Salute, con particolare riferimento a PDTA, cronicità, integrazione sociosanitaria, attività di prevenzione, valorizzazione del territorio, nonché agli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale ai sensi dell'articolo 4.

ART. 2 – CAMPO DI APPLICAZIONE E DURATA DELL'ACCORDO.

1. Ai sensi dell'articolo 8, comma 1, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni il presente Accordo Collettivo Nazionale regola sotto il profilo economico e giuridico, l'esercizio delle attività professionali tra i pediatri di libera scelta e le Aziende Sanitarie, per lo svolgimento, nell'ambito e nell'interesse del S.S.N., dei compiti e delle attività per la tutela della salute dei minori fino al compimento del quattordicesimo anno di età.
2. In questo contesto e in ottemperanza alle vigenti disposizioni di legge, il pediatra di libera scelta esercita un'attività libero-professionale contrattualizzata e regolamentata dall'ACN nel rispetto del modello organizzativo regionale per il perseguimento delle finalità del S.S.N.
3. L'assetto organizzativo è determinato dalla programmazione regionale nel rispetto della normativa vigente e del presente ACN.
4. Il presente Accordo, relativo al triennio 2016-2018, entra in vigore dalla data di assunzione del relativo provvedimento da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome e rimane in vigore fino alla stipula del successivo Accordo.

Art. 3 – Livelli di contrattazione.

1. L'Accordo Collettivo Nazionale si caratterizza come momento organizzativo ed elemento unificante del S.S.N., nonché come strumento di garanzia per i cittadini e per gli operatori.
2. I tre livelli di negoziazione previsti dalla normativa vigente (nazionale, regionale e aziendale) devono risultare coerenti col quadro istituzionale vigente, rispettando i principi di complementarietà e mutua esclusione che devono rendere razionale l'intero processo di contrattazione.
3. Il livello di negoziazione nazionale si svolge attorno ad aspetti di ordine generale, quali ad esempio:
   a) la definizione dei compiti, delle funzioni e dei relativi livelli di responsabilità del personale sanitario convenzionato, a partire dall'attuazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza;
   b) la dotazione finanziaria a disposizione dei tre livelli di negoziazione per gli incrementi da riconoscere al personale medico convenzionato in occasione del rinnovo contrattuale;
   c) la definizione e le modalità di distribuzione dell'onorario professionale (parte economica fissa);
   d) la definizione della parte variabile del compenso;
   e) la rappresentatività sindacale, nazionale, regionale ed aziendale;
   f) la definizione di requisiti e criteri per l'accesso ed il mantenimento della convenzione;
   g) la responsabilità delle Regioni e delle Aziende Sanitarie nei confronti della piena applicazione dell'Accordo Collettivo Nazionale;
   h) i criteri generali della formazione obbligatoria, nei suoi principali aspetti.
4. Il livello di negoziazione regionale, Accordo Integrativo Regionale (AIR), definisce obiettivi di salute, percorsi, indicatori e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con la programmazione e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale, anche in considerazione di quanto previsto dal successivo articolo 4, nonché la modalità di distribuzione della parte variabile del compenso e le materie esplicitamente rinviate dal presente Accordo.

   Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali firmatarie del presente Accordo si impegnano a definire gli Accordi Integrativi Regionali entro il termine di cui al successivo articolo 8, comma 3.
5. Il livello di negoziazione aziendale, Accordo Attuativo Aziendale (AAA), in applicazione dell'AIR, specifica i progetti e le attività dei pediatri convenzionati necessari all'attuazione degli obiettivi e dei modelli organizzativi individuati dalla programmazione regionale, tenuto conto anche della programmazione di cui all'articolo 13.
6. Ai sensi dell'articolo 40, comma 3-quinquies del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i., come richiamato dall'articolo 52, comma 27 della L. 27 dicembre 2002, n. 289, eventuali clausole degli Accordi regionali ed aziendali in contrasto rispetto al presente Accordo sono nulle, non possono essere applicate e sono sostituite ai sensi degli articoli 1339 e 1419, secondo comma, del Codice Civile.
7. Gli Accordi regionali ed aziendali sono trasmessi alla SISAC entro 30 (trenta) giorni dall'entrata in vigore. Gli Accordi aziendali sono trasmessi anche al Comitato regionale entro il medesimo termine.

ART. 4 – OBIETTIVI PRIORITARI DI POLITICA SANITARIA NAZIONALE.

1. La programmazione regionale finalizzerà gli AAIIRR alle esigenze assistenziali del proprio territorio, tenendo conto anche degli indirizzi di politica sanitaria nazionale in tema di attuazione degli obiettivi prioritari declinati nelle seguenti lettere:

   a) *PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ (P.N.C.).* Il P.N.C. impegna le Regioni nella programmazione di un disegno strategico centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi ed una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. Per migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), in coerenza con le scelte di programmazione regionale, gli AAIIRR prevedono l'attiva partecipazione dei pediatri di libera scelta alla presa in carico degli assistiti affetti da malattie rare o croniche e ad alta complessità per rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

   b) *PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE (P.N.P.V.) 2017-2019.* La riduzione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino rappresenta una priorità per il nostro Paese, da realizzare attraverso strategie efficaci ed omogenee sul territorio nazionale. Il P.N.P.V. 2017-2019 propone il nuovo calendario nazionale delle vaccinazioni attivamente e gratuitamente offerte alla popolazione per fasce d'età. Le Regioni sono impegnate a individuare il modello organizzativo necessario a garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale e nell'ambito degli AAIIRR possono prevedere una attiva partecipazione dei pediatri di libera scelta nelle vaccinazioni e nelle relative attività collegate.

   c) *ACCESSO IMPROPRIO AL PRONTO SOCCORSO.* L'aumento complessivo della domanda di salute, l'evoluzione tecnologica, i cambiamenti demografici e sociali in corso determinano la necessità di presa in carico globale del cittadino e pongono il tema dell'integrazione dei servizi e della continuità assistenziale al centro delle politiche sanitarie. Pertanto è necessario avviare un riassetto del sistema di domanda/offerta e promuovere un cambiamento culturale relativo alle modalità di approccio al bisogno di salute. In tale contesto gli AAIIRR prevedono l'integrazione nelle reti territoriali dei pediatri di libera scelta e delle loro forme organizzative con le strutture, con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio, per garantire la continuità dell'assistenza ed evitare, per quanto possibile, l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e/o considerabili inappropriate, anche con il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta nelle prestazioni diagnostiche di primo livello collegate all'accesso improprio.

   d) *GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA E APPROPRIATEZZA.* Nell'ambito degli AAIIRR, fermo restando la programmazione regionale in tema di prestazioni necessarie e coerenti col fabbisogno, deve essere prevista specificamente la partecipazione dei pediatri di libera scelta ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, che distinguano i primi accessi dai percorsi di *follow-up* nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previsti dalle normative vigenti.

Art. 5 – Incrementi.

1. Preso atto delle disposizioni assunte dal Governo in materia finanziaria, come da atti di indirizzo pervenuti, le parti concordano che l'erogazione delle risorse relative agli incrementi residui del triennio 2016-2018 secondo le modalità definite dal presente articolo, decorrono dalla scadenza del termine di sei mesi dalla fine dell'emergenza pandemica COVID-19 indicato dall'art. 38, comma 2, del D.L. 8 aprile 2020, n. 23, come modificato dalla Legge di conversione 5 giugno 2020, n. 40. Fino a tale data le risorse restano erogate con le modalità indicate dalla predetta disposizione normativa. Dal giorno successivo la scadenza di tale termine, le medesime risorse vengono riassegnate ai pediatri di libera scelta, secondo la seguente tabella i cui valori sono da considerarsi al netto degli oneri previdenziali a carico dell'Azienda:

Pediatri di Libera Scelta

TABELLA A1 – Incrementi

Decorrenza	€/anno per assistito	Riferimento ACN
dal 1° giorno successivo la scadenza del termine di cui all'art. 38, comma 2, del D.L. 8 aprile 2020, n. 23	2,44	Articolo 44, comma 1, lettera A, punto I
dal 1° giorno successivo la scadenza del termine di cui all'art. 38, comma 2, del D.L. 8 aprile 2020, n. 23	3,17	Articolo 44, comma 1, lettera B, punto I

Conseguentemente, a far data dal 1° giorno successivo la scadenza del termine di cui all'art. 38, comma 2 del D.L. 8 aprile 2020, n. 23, il compenso forfetario annuo per assistito di cui all'articolo 44, comma 1, lettera A, punto I, è rideterminato in Euro 86,31 (ottantasei/31).

ART. 6 – FLUSSI INFORMATIVI.

1. I pediatri di libera scelta aderiscono, ai sensi della normativa vigente, al sistema informativo nazionale avvalendosi dei sistemi informativi regionali e assolvono ai compiti informativi derivanti da provvedimenti nazionali e regionali.
2. Il pediatra assolve al debito informativo ottemperando in particolare agli obblighi previsti da:
   a) sistema informativo nazionale (NSIS);
   b) tessera sanitaria e ricetta elettronica, inclusa la ricetta dematerializzata;
   c) fascicolo sanitario elettronico (FSE).
3. Il pediatra assolve, altresì, agli obblighi previsti dal flusso informativo definito dalla Regione, senza oneri tecnici ed economici per la trasmissione a carico dei pediatri di libera scelta e sulla base degli ulteriori compiti previsti per il raggiungimento di specifici obiettivi.
4. L'inadempienza agli obblighi di cui al comma 2, lettera b), documentata attraverso le verifiche del Sistema Tessera Sanitaria, determina una riduzione del trattamento economico complessivo del pediatra di libera scelta in misura pari al 1,15% su base annua. La relativa trattenuta è applicata dall'Azienda Sanitaria sul trattamento economico percepito nel mese successivo al verificarsi dell'inadempienza. La riduzione non è applicata nei casi in cui l'inadempienza dipenda da cause tecniche non legate alla responsabilità del pediatra.
5. Le comunicazioni tra Azienda Sanitaria e pediatri di libera scelta avvengono attraverso modalità informatizzate e l'impiego della posta elettronica certificata.

ART. 7 – TAVOLO DI CONSULTAZIONE NAZIONALE.

1. Al fine della valutazione del processo di applicazione del presente ACN e di quanto previsto dagli AAIIRR conseguenti al medesimo, nonché al fine di documentare il grado di convergenza/divergenza verso l'obiettivo della uniforme erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, le Regioni e le Aziende Sanitarie trasmettono alla SISAC il testo degli Accordi decentrati (AIR – Accordo Integrativo Regionale e AAA – Accordo Attuativo Aziendale). La SISAC definisce e raccoglie periodicamente per via informatica ulteriori informazioni utili al monitoraggio.
2. Tali informazioni potranno riguardare i seguenti aspetti:
   a) assetto organizzativo dei servizi territoriali;
   b) principali attività degli stessi servizi;
   c) dimensione economico-finanziaria della loro gestione.
3. La SISAC si impegna a rendere noti periodicamente i risultati di questa attività di monitoraggio.
4. La SISAC attiva un tavolo di consultazione nazionale con le Organizzazioni Sindacali firmatarie del presente Accordo, che si riunisce almeno una volta l'anno, al fine di operare un confronto sulle informazioni di cui al comma 2. Dal confronto possono emergere proposte condivise per le quali la SISAC può farsi promotrice presso gli Organi preposti in sede di rinnovo contrattuale.

CAPO II – CONTESTO ORGANIZZATIVO

ART. 8 – ISTITUZIONE DELLE FORME ORGANIZZATIVE (AFT E UCCP).

1. Ai sensi della normativa vigente i pediatri di libera scelta operano all'interno del nuovo assetto definito dell'articolo 2, comma 3 del presente Accordo e aderiscono al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione.
2. Le Regioni, entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo, definiscono gli atti di programmazione volti a istituire le forme organizzative (AFT – Aggregazione Funzionale Territoriale e UCCP – Unità Complessa di Cure Primarie) osservando i seguenti criteri generali:
   a) istituzione delle AFT in tutto il territorio regionale;
   b) istituzione delle UCCP come forme organizzative multi professionali del Distretto tenendo conto delle caratteristiche territoriali e demografiche, salvaguardando il principio dell'equità di accesso alle cure;
   c) realizzazione del collegamento funzionale tra AFT e UCCP, anche tramite idonei sistemi informatici senza oneri a carico dei pediatri di libera scelta.
3. La attuazione di quanto previsto dal precedente comma deve avvenire a seguito dei nuovi Accordi Integrativi Regionali da perfezionarsi entro dodici mesi decorrenti dalla definizione degli atti di programmazione di cui al comma 2.

ART. 9 – PARTECIPAZIONE ALLA UNITÀ COMPLESSA DI CURE PRIMARIE (UCCP).

1. La UCCP rappresenta la forma organizzativa multiprofessionale che opera in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Aziende Sanitarie, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate nel territorio. Essa persegue obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda Sanitaria, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione. Opera, inoltre, in continuità con le AFT, rispondendo, grazie alla composizione multiprofessionale, ai bisogni di salute complessi.
2. La UCCP garantisce il carattere multiprofessionale della sua attività attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli odontoiatri, degli infermieri, delle ostetriche, delle professioni tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.
3. Ogni AFT è collegata funzionalmente alla UCCP di riferimento. I pediatri di libera scelta si raccordano tramite il coordinamento della AFT alle attività della UCCP nel rispetto della programmazione regionale in tema di percorsi di assistenza specifica per l'età pediatrica.
4. La UCCP realizza i propri compiti attraverso:
   a) la programmazione delle proprie attività in coerenza con quella del Distretto di riferimento;
   b) la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità di cui al comma precedente;
   c) la programmazione di audit clinici e organizzativi, coinvolgendo anche i referenti di AFT di medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale.
5. Le attività, gli obiettivi ed i livelli di *performance* della UCCP sono parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto. Tra gli obiettivi va incluso anche il grado di integrazione tra i componenti. La valutazione dei risultati raggiunti dai pediatri di libera scelta, operanti all'interno della UCCP, costituisce la base per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico degli stessi pediatri. Detta parte variabile è inclusa ed evidenziata nell'eventuale budget che l'Azienda Sanitaria può decidere di adottare nei confronti dell'intera UCCP, come previsto dall'articolo 8, comma 1, lettera b-ter del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 modificato dalla L. 8 novembre 2012, n. 189.

ART. 10 – IL COORDINATORE DI UCCP.

1. Qualora l'Azienda decida di individuare il coordinatore dell'UCCP tra i pediatri di libera scelta operanti nell'ambito della stessa, la procedura di designazione del coordinatore dovrà tener conto dei seguenti criteri:
   - il coordinatore deve espressamente accettare l'incarico, essere disponibile a svolgere tale funzione e a garantirne il mantenimento per il periodo previsto;
   - l'incarico di coordinatore deve essere compatibile con l'attività assistenziale e non andare a detrimento della qualità dell'assistenza;
   - il candidato deve aver maturato una significativa esperienza professionale nell'ambito dell'assistenza territoriale e dell'organizzazione dei processi di cura e documentare una formazione riconosciuta da istituzioni pubbliche e private in tema di problematiche connesse al governo clinico e all'integrazione professionale, incluse precedenti attività di responsabilità aziendale;
   - l'incarico ha una durata di norma triennale.
2. Al coordinatore di UCCP sono affidate, in particolare, le funzioni di:
   a) collaborazione con il Distretto all'organizzazione dei percorsi assistenziali;
   b) relazione e confronto con la dirigenza distrettuale ed aziendale su tematiche assistenziali, progettuali ed organizzative;
   c) raccordo con i referenti di AFT per la razionalizzazione di percorsi di cura, ottimale utilizzo delle risorse disponibili, raggiungimento degli obiettivi aziendali;
   d) collaborazione alla definizione dei programmi di attività, alla gestione di budget assegnato, alla rilevazione e valutazione dei fabbisogni.
3. Il coordinatore predispone annualmente la relazione dell'attività svolta dall'UCCP per il raggiungimento degli obiettivi assegnati, sulla base degli indicatori di processo e di risultato definiti dall'Azienda.
4. Al coordinatore di UCCP di cui al comma 1 è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono l'entità della remunerazione destinata alla funzione di "coordinatore" il cui onere è finanziato attraverso la quota assegnata agli Accordi Integrativi Regionali di cui all'articolo 44, comma 1, lettera B, punto II.
5. Il Direttore Generale dell'Azienda nomina il coordinatore di UCCP, ne valuta annualmente i risultati e può procedere alla sua sostituzione, anche prima della scadenza, per mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati.

ART. 11 – COMITATO REGIONALE.

1. Entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo in ciascuna Regione è istituito un Comitato paritetico composto dalle delegazioni trattanti dei rappresentanti della Regione e dei rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali firmatarie del presente Accordo purché dotate di un terminale associativo domiciliato in Regione riferito al presente ambito contrattuale.
2. Il Comitato è composto da almeno un componente o da un suo delegato per ciascuna Organizzazione Sindacale in possesso dei requisiti di cui al comma precedente e da un ugual numero di componenti o delegati designati dalla Regione. La Regione determina una differente consistenza numerica del Comitato, tenendo conto della consistenza associativa delle Organizzazioni Sindacali.
3. L'Assessore regionale alla Sanità o suo delegato è rappresentante di diritto di parte pubblica e presiede il Comitato.
4. La convocazione è effettuata dal Presidente del Comitato per posta elettronica certificata almeno 15 (quindici) giorni prima della data fissata per la riunione. Tale termine può essere derogato per motivi di urgenza.
5. La convocazione dovrà contenere gli argomenti all'ordine del giorno corredati della relativa documentazione.
6. Le Organizzazioni Sindacali, anche singolarmente, possono in qualsiasi momento formulare per iscritto richiesta di convocazione o di inserimento di argomenti all'ordine del giorno, allegando l'eventuale documentazione. Tali richieste per essere inserite all'ordine del giorno devono pervenire almeno 10 (dieci) giorni prima della data di convocazione.
7. La riunione del Comitato è valida con la presenza della parte pubblica e delle Organizzazioni Sindacali che rappresentano almeno il 50% più uno delle deleghe.
8. Le determinazioni del Comitato hanno validità se assunte unitariamente o con il parere favorevole della parte pubblica e delle Organizzazioni Sindacali che rappresentano almeno il 50% più uno delle deleghe.
9. L'attività del Comitato è principalmente orientata a:
   a) definire gli Accordi Integrativi Regionali;
   b) formulare pareri e proposte sulla programmazione sanitaria regionale;
   c) fornire indirizzi alle Aziende ed ai Comitati Aziendali per l'uniforme applicazione dell'Accordo Integrativo Regionale;
   d) verificare l'attuazione dell'AIR attraverso il monitoraggio degli Accordi Attuativi Aziendali.
   e) formulare indirizzi sui temi della formazione di interesse regionale;
   f) avanzare proposte su obiettivi e progetti di prioritario interesse per la pediatria di libera scelta.
10. La Regione fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per lo svolgimento periodico dei compiti assegnati al Comitato regionale.

ART. 12 – COMITATO AZIENDALE.

1. Entro 60 giorni dall'entrata in vigore dell'Accordo Integrativo Regionale in ciascuna Azienda è costituito un Comitato paritetico composto dalle delegazioni trattanti dei rappresentanti dell'Azienda e dei rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale, purché dotate di un terminale associativo domiciliato localmente riferito al presente ambito contrattuale.
2. Il Comitato è composto da un componente o da un suo delegato per ciascuna Organizzazione Sindacale e da un ugual numero di componenti o delegati designati dalla Azienda. L'Azienda determina una differente consistenza numerica del Comitato, tenendo conto della consistenza associativa delle Organizzazioni Sindacali.
3. Il Direttore Generale dell'Azienda o suo delegato è rappresentante di diritto di parte pubblica e presiede il Comitato.
4. La convocazione è effettuata dal Presidente del Comitato per posta elettronica certificata almeno 15 (quindici) giorni prima della data fissata per la riunione. Tale termine può essere derogato per motivi di urgenza.
5. La convocazione dovrà contenere gli argomenti all'ordine del giorno corredati della relativa documentazione.
6. Le Organizzazioni Sindacali, anche singolarmente, possono in qualsiasi momento formulare per iscritto richiesta convocazione o di inserimento di argomenti all'ordine del giorno, allegando l'eventuale documentazione. Tali richieste per essere inserite all'ordine del giorno devono pervenire almeno 10 (dieci) giorni prima della data di convocazione.
7. La riunione del Comitato è valida con la presenza della parte pubblica e delle Organizzazioni Sindacali che rappresentano almeno il 50% più uno delle deleghe.
8. Le determinazioni del Comitato hanno validità se assunte unitariamente o con il parere favorevole della parte pubblica e delle Organizzazioni Sindacali che rappresentano almeno il 50% più uno delle deleghe.
9. L'attività del Comitato è principalmente orientata a:
   a) definire gli Accordi Attuativi Aziendali;
   b) formulare pareri nei confronti del processo di programmazione aziendale e distrettuale (ad esempio: variazione degli ambiti territoriali di iscrizione dei pediatri di libera scelta, individuazione delle zone disagiate, individuazione delle zone carenti, ecc...);
   c) monitorare l'applicazione dell'Accordo Attuativo Aziendale;
   d) monitorare il funzionamento delle AFT e delle UCCP.
10. L'Azienda fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per lo svolgimento periodico dell'attività del Comitato.

ART. 13 – PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA.

1. Nell'ambito del Programma delle attività territoriali di cui all'articolo 3-quater del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. l'Azienda definisce gli interventi per la promozione e lo sviluppo della pediatria di libera scelta, in coerenza con il proprio modello organizzativo, individuando:
   a) gli obiettivi di salute che si intendono perseguire, con particolare riferimento alla realizzazione del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (P.N.P.V.) e in considerazione di quanto previsto all'Allegato 1 sull'assistenza proattiva;
   b) le attività e i volumi di prestazioni per il raggiungimento degli obiettivi di cui alla precedente lettera a).

CAPO III – RELAZIONI E PREROGATIVE SINDACALI

ART. 14 – RAPPRESENTANZA SINDACALE.

1. Entro un anno dall'entrata in vigore del presente Accordo, ciascuna Organizzazione Sindacale deve essere effettiva titolare delle deleghe espresse dai pediatri di libera scelta e diretta destinataria delle relative quote associative. Ai fini dell'accertamento della rappresentatività le Organizzazioni Sindacali che abbiano dato vita, mediante fusione, affiliazione, o in altra forma, ad una nuova aggregazione associativa possono imputare al nuovo soggetto sindacale, per successione a titolo universale, le deleghe delle quali risultino titolari, purché il nuovo soggetto succeda effettivamente nella titolarità delle deleghe che ad esso vengono imputate o che le deleghe siano, comunque, confermate espressamente dagli iscritti a favore del nuovo soggetto.
2. Entro lo stesso termine di cui al comma 1 il rappresentante legale provvede al deposito presso la SISAC dell'atto costitutivo e dello statuto della propria Organizzazione Sindacale, da cui risulti la titolarità in proprio delle deleghe di cui al comma 1. Ogni successiva variazione deve essere comunicata alla SISAC entro tre mesi.
3. Alla prima rilevazione utile, decorso il termine di cui al comma 1, ciascuna Organizzazione Sindacale sarà misurata sulla base delle deleghe di cui è direttamente titolare ed intestataria.
4. I dirigenti sindacali rappresentano esclusivamente un'unica Organizzazione Sindacale e non possono essere dirigenti di altre Organizzazioni Sindacali.

ART. 15 – RAPPRESENTATIVITÀ.

1. La consistenza associativa è rilevata in base alle deleghe conferite per la ritenuta del contributo sindacale alle singole Aziende dai pediatri convenzionati titolari di incarico a tempo indeterminato e provvisorio. La decorrenza della delega coincide con le ritenute effettive accertate alla data del 1° gennaio di ogni anno. Le Aziende provvedono alla trattenuta delle quote sindacali e al riversamento delle stesse sul conto corrente intestato alla Organizzazione Sindacale, in ottemperanza all'articolo 8, comma 1 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni ed in ossequio alle previsioni dell'articolo 43 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i. e del precedente articolo 14, esclusivamente sulla base della delega rilasciata dall'iscritto.
2. Sono considerate maggiormente rappresentative, ai sensi dell'articolo 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, ai fini della contrattazione sul piano nazionale, le Organizzazioni Sindacali che abbiano un numero di iscritti, risultanti dalle deleghe per la ritenuta del contributo sindacale, non inferiore al 5% delle deleghe complessive.
3. I rappresentanti di ciascuna Organizzazione Sindacale devono essere formalmente accreditati quali componenti delle delegazioni trattanti. L'Accordo Collettivo Nazionale e gli Accordi decentrati sono validamente sottoscritti se stipulati da Organizzazioni Sindacali che rappresentano almeno il 50% più uno delle deleghe complessive.
4. Entro il mese di febbraio di ciascun anno le Aziende comunicano alla SISAC e all'Assessorato regionale alla Sanità la consistenza associativa risultante alla data del 1° gennaio di ogni anno. La rilevazione delle deleghe sindacali è effettuata annualmente dalla SISAC, che certifica la consistenza associativa e la comunica entro il 31 ottobre, e comunque non oltre il 31 dicembre di ogni anno, alle Organizzazioni Sindacali.
5. In tutti i casi in cui occorra applicare il criterio della consistenza associativa si fa riferimento alle deleghe rilevate al 1° gennaio dell'anno precedente. Per le trattative disciplinate dall'articolo 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni la consistenza associativa è determinata sulla base dei dati riferiti all'anno precedente a quello in cui si procede all'avvio delle trattative, indipendentemente dalla durata delle stesse.
6. Sono prese in considerazione ai fini della misurazione del dato associativo esclusivamente le deleghe rilasciate dai pediatri di libera scelta di importo superiore alla metà del valore medio delle trattenute richieste da tutte le Organizzazioni Sindacali rappresentative nel corso del precedente anno solare. La SISAC rende noto annualmente il relativo valore mensile di riferimento.

ART. 16 – DIRITTI SINDACALI.

1. Per lo svolgimento durante l'attività di servizio dell'attività sindacale, debitamente comunicata da parte dei rappresentanti nazionali, regionali ed aziendali, appartenenti alle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative e firmatarie presente Accordo si applicano le disposizioni dell'articolo 21 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i., sulla base delle modalità di rilevazione di cui all'articolo 15, commi 4 e 6 del presente Accordo.
2. Il legale rappresentante nazionale del sindacato e/o, su espressa delega dello stesso, il legale rappresentante regionale comunica alle Aziende, per il tramite delle procedure informatiche predisposte dalla SISAC, entro e non oltre un mese dalla certificazione di cui all'articolo 15, comma 4 del presente Accordo, i nominativi dei propri rappresentanti, l'Azienda di appartenenza e le ore assegnate.
3. La SISAC trasmette le comunicazioni di competenza, con le procedure informatiche di cui al precedente comma 2. Ogni eventuale variazione in corso d'anno deve essere tempestivamente registrata dall'Organizzazione Sindacale utilizzando la stessa procedura informatica.
4. Le procedure informatiche sono predisposte dalla SISAC sulla base dell'Allegato 2 del presente Accordo.
5. Il rappresentante sindacale ha diritto alla sostituzione per garantire l'adempimento di tutte le funzioni e compiti previsti dal presente Accordo e dagli Accordi Integrativi Regionali, nei limiti delle ore assegnate dalla O.S. rappresentata e comunque per un importo non superiore alla retribuzione da egli percepita nel mese precedente.
6. I rappresentanti sindacali comunicano mensilmente alla propria Azienda il nominativo del sostituto e il numero delle ore di sostituzione utilizzate nel mese precedente. Entro il mese successivo l'Azienda provvede al pagamento di quanto dovuto al sostituto, avendo a riferimento il compenso orario di cui all'articolo 47, comma 3, lettera A) dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, aumentato del 50% se il sostituto è specialista in pediatria o disciplina equipollente, al netto degli oneri previdenziali e fiscali. Il compenso è direttamente liquidato al sostituto dalla Azienda che amministra la posizione del rappresentante sindacale. La sostituzione è effettuata ai sensi dell'articolo 34 del presente ACN e non si configura come rapporto di lavoro continuativo.

ART. 17 – PARTECIPAZIONE A COMITATI E COMMISSIONI.

1. Ai pediatri di libera scelta che partecipano alle riunioni dei comitati e delle commissioni previsti dal presente Accordo o ad organismi previsti da norme nazionali o regionali è rimborsata dall'Azienda che amministra la posizione del titolare la spesa per le sostituzioni nella misura prevista dagli Accordi Integrativi Regionali. Ai pediatri sono altresì rimborsate le spese di viaggio nella misura prevista dalle vigenti norme della Pubblica Amministrazione.
2. Le attività di cui al comma precedente devono essere dal pediatra preventivamente comunicate e comprovate da attestazioni ufficiali.

Art. 18 – Esercizio del diritto di sciopero.

1. L'esercizio del diritto di sciopero, le prestazioni indispensabili e le loro modalità di erogazione e quanto altro previsto dalla Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata ed integrata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83, sono regolamentati secondo quanto previsto dall'Allegato 3 del presente Accordo, recante l'Accordo Nazionale per la regolamentazione del diritto di sciopero nell'area della pediatria di libera scelta.

CAPO IV – RAPPORTO CONVENZIONALE DEI MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

ART. 19 – GRADUATORIA REGIONALE E GRADUATORIE AZIENDALI PER INCARICHI TEMPORANEI E SOSTITUZIONI.

1. I pediatri da incaricare per l'espletamento delle attività previste dal presente Accordo sono tratti da una graduatoria per titoli, di validità annuale, predisposta a livello regionale dall'Assessorato alla Sanità con procedure tese allo snellimento burocratico ed al rispetto dei tempi.
2. I pediatri che aspirano all'iscrizione nella graduatoria non devono trovarsi nella condizione di cui all'articolo 20, comma 1, lettere g) e k) e devono possedere, alla scadenza del termine per la presentazione della domanda, i seguenti requisiti:

   a) cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;

   b) iscrizione all'Albo professionale;

   c) diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. Possono altresì presentare domanda di inserimento in graduatoria i medici che nell'anno acquisiranno il diploma di specializzazione. Il titolo deve essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre ai fini dell'inserimento nella graduatoria provvisoria di cui al comma 6.
3. I pediatri di libera scelta già titolari di incarico a tempo indeterminato non possono far domanda di inserimento nella graduatoria e, pertanto, possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.
4. Ai fini dell'inclusione nella graduatoria i pediatri di cui al comma 2 devono trasmettere a mezzo procedura telematica definita dalla Regione, entro il termine del 31 gennaio, all'Assessorato regionale alla Sanità, o alla Azienda Sanitaria individuata dalla Regione, una domanda in bollo integrata ai sensi della normativa vigente con dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativamente a requisiti, titoli accademici, di studio e di servizio. Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria sono valutati solo i titoli accademici, di studio e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente oltre al punteggio per il titolo di cui al comma 2, lettera c). La domanda di inclusione deve essere rinnovata di anno in anno e deve eventualmente contenere le dichiarazioni concernenti i titoli che comportino modificazioni al precedente punteggio a norma dell'Allegato 4. La Regione può prevedere che nella medesima domanda il pediatra esprima la propria disponibilità ad essere inserito nelle graduatorie aziendali di cui al comma 7 e ad accedere alla procedura di ricambio generazionale di cui al successivo comma 10.
5. L'amministrazione regionale, o l'Azienda Sanitaria individuata dalla Regione, sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione di cui all'Allegato 4, predispone la graduatoria, specificando, a fianco di ciascun nominativo, il punteggio conseguito.
6. La graduatoria provvisoria è resa pubblica entro il 30 settembre sul sito istituzionale della Regione. Entro 15 (quindici) giorni dalla pubblicazione i pediatri interessati possono presentare all'Assessorato regionale alla Sanità, o alla Azienda Sanitaria individuata dalla Regione, istanza

motivata di riesame della loro posizione in graduatoria. La graduatoria definitiva è approvata dall'Assessorato regionale alla Sanità che provvede alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale entro il 30 novembre di ciascun anno. La graduatoria ha validità dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno successivo. La pubblicazione sul BUR e sul sito istituzionale della Regione costituisce notificazione ufficiale.

7. Le Aziende, fatte salve diverse determinazioni in sede di AIR relativamente alla tempistica, entro 15 (quindici) giorni dalla pubblicazione della graduatoria definitiva di cui al comma precedente, pubblicano sul proprio sito istituzionale un avviso per la predisposizione di graduatorie aziendali di pediatri disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio o all'affidamento di sostituzione, secondo il seguente ordine di priorità:

   a) pediatri iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;

   b) pediatri che abbiano acquisito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale.

8. Le domande di partecipazione all'avviso di cui al comma 7, in bollo, devono essere trasmesse entro 30 (trenta) giorni dalla pubblicazione sul sito dell'Azienda, fatto salvo il caso di adozione della procedura di cui al comma 4, ultimo capoverso. I pediatri di cui al precedente comma, lettera b) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

9. La Regione può provvedere alla attuazione di quanto disposto dal presente articolo adottando differenti modalità di trasmissione delle domande tese comunque alla semplificazione dell'iter amministrativo, alla riduzione degli adempimenti dei pediatri aspiranti all'incarico ed alla limitazione degli oneri sostenuti.

10. I pediatri iscritti alla graduatoria di cui al comma 1 possono chiedere di accedere alla procedura di ricambio generazionale derivante dalla Anticipazione della Prestazione Previdenziale (di seguito denominata APP), di cui all'Allegato 5 del presente Accordo. Tale richiesta deve essere effettuata o confermata entro il termine del 30 aprile dell'anno di riferimento della graduatoria.

ART. 20 – INCOMPATIBILITÀ.

1. Ai sensi del punto 6, comma 3, dell'articolo 48 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833 e dell'articolo 4, comma 7, della Legge 30 dicembre 1991, n. 412, è incompatibile con lo svolgimento delle attività previste dal presente Accordo il pediatra che:
   a) sia titolare di ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale;
   b) sia proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N. ai sensi del D.P.R., n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'articolo 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
   c) eserciti attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale o sia titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
   d) svolga attività di medico specialista ambulatoriale accreditato con il S.S.N.;
   e) svolga attività di medico di medicina generale o di specialista ambulatoriale interno, veterinario ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi), fatto salvo quanto previsto alla norma finale n. 1;
   f) svolga funzioni fiscali per conto dell'Azienda o dell'INPS limitatamente all'ambito territoriale di scelta;
   g) fruisca del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
   h) operi, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. È consentito esclusivamente lo svolgimento di attività istituzionale di cui al presente Accordo e secondo modalità definite a livello regionale;
   i) intrattenga con una Azienda un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 15-octies del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
   j) sia iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e successive modifiche ed integrazioni, fatto salvo quanto previsto dalle norme vigenti in materia;
   k) fruisca di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei pediatri che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM o che fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP), di cui all'Allegato 5 del presente Accordo.
2. Il pediatra che, anche se a tempo limitato, svolga funzioni di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e successive modificazioni e integrazioni, fatto salvo quanto previsto

dall'articolo 36 in tema di limitazione di massimale, non può acquisire nuove scelte di figli in età pediatrica dei dipendenti delle aziende per le quali opera.

3. La eventuale situazione di incompatibilità a carico del pediatra incluso nella graduatoria regionale di cui all'articolo 19, deve essere risolta all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.
4. Con particolare riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità, il pediatra deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, secondo quanto previsto dalla norma finale n. 4 del presente Accordo.
5. La sopravvenuta ed accertata insorgenza di una delle situazioni di incompatibilità previste dal presente Accordo comporta la decadenza dell'incarico convenzionale, come previsto dall'articolo 23, comma 3, ovvero la revoca, come previsto dall'articolo 23, comma 2.

ART. 21 – SOSPENSIONE DAGLI INCARICHI E DALLE ATTIVITÀ CONVENZIONALI.

1. Il pediatra di libera scelta è sospeso dagli incarichi nei seguenti casi:
   a) esecuzione dei provvedimenti di cui all'articolo 24;
   b) sospensione dall'Albo professionale;
   c) servizio prestato all'estero per tutta la durata dello stesso, ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n. 125;
   d) provvedimenti restrittivi della libertà personale emessi dall'autorità giudiziaria;
   e) frequenza ad un corso di dottorato di ricerca previa autorizzazione dell'Azienda.
2. Il pediatra è sospeso dalle attività nei seguenti casi:
   a) in caso di malattia o infortunio per la durata massima di tre anni nell'arco di cinque; per la durata complessiva della inabilità temporanea assoluta, in caso di infortunio o malattia occorsi nello svolgimento della propria attività professionale. Tali condizioni devono essere comunicate dal pediatra all'Azienda;
   b) per documentati motivi assistenziali nei riguardi di familiare con gravi motivi di salute, fino ad un massimo di 30 giorni nell'anno, anche frazionabili;
   c) incarichi organizzativi o di dirigenza che prevedano assunzione di responsabilità ed autonomia gestionale ed organizzativa presso il S.S.N. o altre pubbliche amministrazioni, per tutta la durata dell'incarico e fino alla cessazione dello stesso. Nel caso di incarico a tempo parziale, la sospensione è anch'essa a tempo parziale;
   d) partecipazione, preventivamente autorizzata dall'Azienda, ad iniziative istituzionali a carattere umanitario e di solidarietà sociale;
   e) partecipazione a corsi di formazione diversi da quelli obbligatori di cui all'articolo 25 del presente Accordo, accreditati secondo le disposizioni previste dal D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, che abbiano durata superiore a 30 giorni consecutivi e fino alla concorrenza di un limite massimo di 60 giorni all'anno, salvo diversi Accordi regionali, che abbiano come oggetto argomenti di interesse per la pediatria di libera scelta e che siano preventivamente autorizzati dall'Azienda.
3. Il pediatra di libera scelta ha diritto di usufruire di sospensione parziale dall'attività convenzionale per periodi non superiori a 18 (diciotto) mesi nell'arco di 5 (cinque) anni nei seguenti casi:
   a) allattamento o assistenza a neonati entro i primi 12 mesi di vita;
   b) adozione o affido di minore nei primi 12 mesi dall'adozione o affido;
   c) assistenza a minori conviventi non autosufficienti;
   d) assistenza a familiari, anche temporaneamente conviventi, con inabilità totale e titolari di indennità di accompagnamento.
4. Il pediatra comunica all'Azienda, relativamente a quanto previsto al comma precedente, le modalità e la percentuale di sostituzione.

5. Il pediatra, per gravidanza e puerperio, può richiedere la sospensione totale o parziale dell'attività lavorativa per tutto il periodo previsto come obbligatorio per i lavoratori dipendenti con sostituzione a proprio carico. Per adozione o affido di minore il pediatra di libera scelta può richiedere la sospensione dall'attività per un periodo di durata pari a quello previsto dall'articolo 26 del D.Lgs. 26 marzo 2001, n. 151.

6. Il pediatra può richiedere la sospensione dall'attività convenzionale per ristoro psico-fisico per un periodo non superiore a trenta giorni lavorativi nell'arco di un anno con sostituzione a proprio carico.

7. La sospensione dall'attività di pediatria di libera scelta di cui ai commi 2, 3, 5 e 6 non comporta soluzione di continuità del rapporto convenzionale ai fini della anzianità di servizio.

8. I periodi di sospensione dall'incarico, di cui al comma 1, non sono considerati, a nessun titolo, come attività di servizio convenzionale e non comportano la erogazione del trattamento economico e previdenziale a carico del S.S.N. per l'intero periodo, fatta eccezione per i pediatri di libera scelta che comunque assicurino la disponibilità del proprio studio per l'attività convenzionale, ai quali è riconosciuto il compenso di cui all'articolo 44, comma 1, lettera A, punti I e II, inclusi i relativi oneri previdenziali ed assicurativi.

9. Nei casi previsti dal presente articolo il pediatra è sostituito secondo le modalità stabilite dall'articolo 34 del presente ACN. Nei periodi di sospensione dall'incarico, di cui al comma 1, l'onere della sostituzione è a carico dell'Azienda.

10. In caso di sospensione il pediatra titolare mantiene le scelte in carico.

11. Il provvedimento di sospensione dall'incarico convenzionale è disposto dal Direttore Generale della Azienda Sanitaria.

12. Ad eccezione di quanto previsto al comma 2, lettere a) e b), la sospensione dall'attività convenzionale deve essere comunicata da parte del pediatra all'Azienda con un preavviso minimo di 15 giorni.

13. Le autorizzazioni di cui al comma 2, lettere c) e d), sono richieste dal pediatra 30 giorni prima dell'evento e la risposta della Azienda viene fornita entro 15 giorni dalla ricezione della relativa richiesta; in assenza di risposta la richiesta si intende approvata. Il diniego deve essere adeguatamente motivato.

ART. 22 – ASSENZE PER INCARICHI ISTITUZIONALI.

1. I pediatri di libera scelta con mandato parlamentare, i consiglieri regionali, coloro che sono chiamati a svolgere le funzioni pubbliche nelle Giunte regionali o degli altri Enti locali, nonché quelli nominati alle cariche dagli organi ordinistici per espletare i relativi mandati possono sospendere l'attività convenzionale. In tal caso, i pediatri di libera scelta si avvalgono, con oneri a proprio carico e per tutto il corso del relativo mandato, della collaborazione professionale di pediatri retribuiti con compenso orario onnicomprensivo, non inferiore a quanto previsto dall'articolo 47, comma 3 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, aumentato del 50%.
2. Il compenso è direttamente liquidato al sostituto dalla Azienda che amministra la posizione del titolare.
3. La sostituzione è effettuata ai sensi dell'articolo 34 del presente ACN e non si configura come rapporto di lavoro continuativo.

ART. 23 – CESSAZIONE, REVOCA E DECADENZA DELL'INCARICO CONVENZIONALE.

1. L'incarico cessa per i seguenti motivi:

   a) recesso del pediatra da comunicare alla Azienda con almeno 30 giorni di preavviso in caso di trasferimento e di 60 giorni negli altri casi. Su specifica richiesta dell'interessato l'Azienda, valutate le esigenze di servizio, può autorizzare la cessazione del rapporto con decorrenza anticipata a tutti gli effetti;

   b) compimento del 70° anno di età.

2. L'incarico è revocato in caso di provvedimento ai sensi dell'articolo 24 del presente Accordo.

3. L'incarico decade per le seguenti motivazioni:

   a) per radiazione o cancellazione dall'Albo professionale;

   b) omessa o non veritiera dichiarazione, relativamente a fatti, stati e posizione giuridica, che abbia determinato l'indebito conferimento dell'incarico convenzionale;

   c) sopravvenuto, accertato e contestato venir meno dei requisiti minimi di cui all'articolo 33;

   d) incapacità psico-fisica a svolgere l'attività convenzionale, accertata da apposita commissione medico-legale aziendale, ai sensi della Legge 15 ottobre 1990, n. 295, su disposizione dell'Azienda;

   e) insorgenza fraudolentemente non dichiarata di causa di incompatibilità di cui all'articolo 20 del presente Accordo;

   f) mancato raggiungimento di un numero minimo di assistiti pari a 180 dopo tre anni di iscrizione nel medesimo elenco, sentito il Comitato di cui all'articolo 12;

   g) l'aver compiuto il periodo massimo di sospensione dall'attività previsto dall'articolo 21, comma 2, lettera a).

   Nei casi di decadenza, di cui alle lettere b) ed e), il pediatra può presentare nuova domanda di inclusione nella graduatoria regionale decorsi quattro anni dalla decadenza. Una nuova attribuzione dell'incarico può avvenire solo in un ambito territoriale differente da quello detenuto all'atto della cessazione del precedente incarico.

4. Il provvedimento relativo alla risoluzione del rapporto convenzionale è adottato dal Direttore Generale della Azienda.

5. In caso di improvvisa cessazione dell'attività del pediatra titolare l'Azienda informa il genitore/tutore legale degli assistiti delle soluzioni adottate per garantire l'assistenza o della necessità di procedere alla scelta di un altro pediatra.

ART. 24 – PROCEDIMENTO DI CONTESTAZIONE.

1. I pediatri di libera scelta sono tenuti a comportamenti adeguati al proprio ruolo, a una condotta informata a principi di correttezza e rispetto di quanto previsto dall'Allegato 6 – Codice di comportamento del pediatra di libera scelta e all'osservanza degli obblighi e dei compiti previsti dal presente Accordo e dagli Accordi Regionali e Aziendali. Le contestazioni ai suddetti comportamenti avviano il procedimento disciplinare. Non possono essere oggetto di contestazione a carico del pediatra le inosservanze derivanti da comportamenti omissivi, inadempienze di altri operatori o dell'Azienda.
2. Per le contestazioni relative a fatti di minore gravità per i quali sono previsti il richiamo verbale o il richiamo scritto è competente il Direttore del Distretto, il quale, sentito preliminarmente all'avvio del procedimento il referente di AFT e, ove necessario, il pediatra, procede a circostanziare il fatto al fine di valutare se proseguire o meno con la contestazione dell'addebito. Nel caso in cui il Direttore di Distretto ritenga che la contestazione da formulare sia relativa a fatti più gravi di quelli che comporterebbero il richiamo scritto, entro 20 (venti) giorni dalla notizia del fatto, trasmette gli atti all'UPDC dandone contestuale comunicazione all'interessato.
3. Per le contestazioni relative a fatti di maggiore gravità di cui al seguente comma 7, lettera b) l'Ufficio competente per i Procedimenti Disciplinari (UPD), istituito presso ciascuna Azienda, assume la denominazione di Ufficio per i Procedimenti Disciplinari del personale Convenzionato (UPDC) sostituendo un proprio componente con uno in rapporto di convenzionamento di cui al presente Accordo, nominato dal Direttore Generale su una terna di nominativi proposti dal Comitato aziendale di cui all'articolo 12.
4. Nell'ambito del procedimento disciplinare, la contestazione dell'addebito deve essere specifica e tempestiva e riportare l'esposizione chiara e puntuale dei fatti, nel rispetto delle procedure di seguito indicate.

   Nel corso dell'istruttoria, il Direttore del Distretto o l'UPDC possono acquisire ulteriori informazioni o documenti rilevanti per la definizione del procedimento. La predetta attività istruttoria non determina la sospensione del procedimento, né il differimento dei relativi termini.

   Le comunicazioni al pediatra e l'accesso agli atti del procedimento avvengono come di seguito indicato:

   a) ogni comunicazione al pediatra, nell'ambito del procedimento disciplinare, è effettuata tramite posta elettronica certificata;

   b) il pediatra ha diritto di accesso agli atti istruttori del procedimento, salvo nei casi di atti sottratti all'accesso ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;

   c) la sanzione disciplinare deve essere adeguatamente motivata e notificata all'interessato.
5. Non può tenersi conto, ai fini di altro procedimento disciplinare, delle sanzioni disciplinari, decorsi due anni dalla loro irrogazione.
6. In caso di più violazioni compiute con un'unica azione o omissione si applica la sanzione più grave.
7. I modi e i tempi per l'avvio del procedimento e l'applicazione delle sanzioni sono i seguenti:

a) procedimento per il Direttore del Distretto:

I. il Direttore del Distretto entro 15 (quindici) giorni dal momento in cui viene a conoscenza di comportamenti punibili con la sanzione di minor gravità, contesta per iscritto l'addebito al pediatra e lo convoca, con un preavviso di almeno 15 (quindici) giorni, per il contraddittorio a sua difesa, con l'eventuale assistenza di un procuratore e/o di un rappresentante dell'Organizzazione Sindacale cui l'interessato aderisce o conferisce mandato;

II. entro il termine fissato, il pediatra convocato, se non intende presentarsi, può inviare una memoria scritta o, in caso di grave ed oggettivo impedimento, formulare motivata istanza di rinvio del termine per l'esercizio della propria difesa;

III. in caso di differimento superiore a 10 (dieci) giorni dalla scadenza del preavviso, per impedimento del pediatra, il termine per la conclusione del procedimento è prorogato in misura corrispondente. Il rinvio del termine può essere concesso una volta sola nel corso del procedimento, fatto salvo particolari casi riconosciuti e certificati. Qualora il pediatra non produca alcuna controdeduzione scritta o non si presenti, il Direttore di Distretto dà corso comunque alla valutazione del caso;

IV. il Direttore del Distretto conclude il procedimento, con l'atto di archiviazione o di irrogazione della sanzione, entro 60 (sessanta) giorni dalla contestazione dell'addebito;

b) procedimento per l'UPDC:

I. l'UPDC con immediatezza, e comunque non oltre 30 (trenta) giorni decorrenti dal ricevimento della segnalazione da parte del Direttore del Distretto, ovvero dal momento in cui abbia altrimenti avuto comunicazione formale dei fatti ritenuti di rilevanza disciplinare di propria competenza, sentito il Direttore del Distretto sul grado di gravità della violazione, provvede alla contestazione scritta dell'addebito e convoca l'interessato, con un preavviso di almeno 20 (venti) giorni, per l'audizione in contraddittorio a sua difesa con l'eventuale assistenza di un procuratore e/o di un rappresentante dell'Organizzazione Sindacale cui l'interessato aderisce o conferisce mandato;

II. in caso di grave ed oggettivo impedimento, ferma la possibilità di depositare memorie scritte, il pediatra può formulare istanza motivata di differimento dell'audizione a sua difesa con proroga del termine per la conclusione del procedimento in misura corrispondente. Il rinvio del termine può essere concesso una sola volta nel corso del procedimento, fatto salvo particolari casi riconosciuti e certificati. Qualora il pediatra non produca alcuna controdeduzione scritta o non si presenti, l'UPDC dà corso comunque alla valutazione del caso;

III. le determinazioni conclusive del procedimento disciplinare sono assunte dal Direttore Generale entro 120 (centoventi) giorni dalla contestazione dell'addebito.

IV. l'atto di contestazione e il provvedimento finale del procedimento, con allegata la relativa documentazione, compreso l'eventuale deliberato, sono inviate all'Ordine provinciale d'iscrizione del pediatra, ai fini di cui all'art. 8, comma 3, del D.L.vo n. 502/92 e s.m.i.

8. Nelle procedure di cui al presente articolo il Direttore di Distretto può essere sostituito dal Direttore di Dipartimento, se previsto dalla normativa regionale.
9. Le violazioni di cui al presente articolo danno luogo all'applicazione di sanzioni, avuto riguardo ai seguenti criteri:
   - intenzionalità del comportamento, negligenza, imprudenza, tenuto conto anche della prevedibilità dell'evento;
   - rilevanza della infrazione e dell'inosservanza delle disposizioni contrattuali;
   - disservizio provocato;
   - occasionalità o ripetitività dell'infrazione;
   - recidiva di sanzioni disciplinari nel biennio precedente.
10. Le violazioni di minore gravità danno luogo all'applicazione del richiamo verbale e, per il reiterarsi di infrazioni che hanno comportato il richiamo verbale, al richiamo scritto da parte del Direttore di Distretto.
11. Le violazioni di maggiore gravità, tenuto conto dei criteri di cui al comma 9, danno luogo alle seguenti sanzioni da parte dell'UPDC:
    a) sanzione pecuniaria, di importo non inferiore al 10% e non superiore al 20% della retribuzione corrisposta nel mese precedente, per la durata massima di cinque mesi per infrazioni gravi e per il reiterarsi di infrazioni che hanno comportato il richiamo scritto;
    b) sospensione dall'incarico per durata non inferiore a 1 mese e non superiore a 6 mesi per infrazioni di maggior gravità rispetto alla lettera precedente e per recidiva di infrazioni che hanno comportato la riduzione del trattamento economico;
    c) revoca dell'incarico con preavviso per infrazioni particolarmente gravi, per fatti illeciti di rilevanza penale e per recidiva di infrazioni che hanno comportato la sospensione dall'incarico. Comportano, in ogni caso, la revoca con preavviso le seguenti violazioni:
       - mancato rispetto delle norme contrattuali in materia di espletamento di attività libero professionale;
       - accertato e non dovuto pagamento, anche parziale, per prestazioni previste dagli Accordi rese ai propri assistiti o agli utenti;
       - mancato rispetto delle norme in tema di incompatibilità in costanza di incarico, ad esclusione della fattispecie prevista dall'articolo 23, comma 3, lettera e).
    d) revoca dell'incarico senza preavviso per infrazioni relative agli obblighi deontologici, legali e convenzionali o per fatti illeciti di rilevanza penale. Tali infrazioni devono essere di gravità tale da compromettere irrimediabilmente il rapporto di fiducia con l'Azienda e da non consentire la prosecuzione, neppure provvisoria, del rapporto di lavoro.
12. Al pediatra non può essere conferito un nuovo incarico convenzionale ai sensi del presente ACN in caso di revoca dell'incarico convenzionale:
    - per condanna penale definitiva, in relazione alla quale è prevista l'interdizione perpetua dai pubblici uffici ovvero l'estinzione, comunque denominata, del rapporto di lavoro,

- per responsabilità penale, risultante da condanna passata in giudicato, per delitti commessi al di fuori dell'attività di pediatra convenzionato e non attinenti in via diretta al rapporto di lavoro ma che per la loro specifica gravità non siano compatibili con la prosecuzione del suddetto rapporto;
- senza preavviso, di cui al comma 11, lettera d), salvo il venir meno dei presupposti di adozione del provvedimento stesso di revoca.

13. Negli altri casi di revoca, il pediatra può presentare nuova domanda di inclusione nella graduatoria regionale decorsi due anni dalla cessazione. Una nuova attribuzione dell'incarico può avvenire solo in un ambito differente da quello detenuto all'atto della revoca per motivi disciplinari.
14. Per le fattispecie di cui al comma 11, lettere c) e d), il procedimento prosegue anche in caso di sopravvenuta cessazione del rapporto di convenzionamento del pediatra con l'Azienda.
15. La violazione dei termini stabiliti nel presente articolo comporta, nel caso in cui la responsabilità sia dell'Azienda, la decadenza dall'azione disciplinare e, nel caso in cui la responsabilità sia del pediatra di libera scelta, la decadenza dall'esercizio del diritto di difesa.
16. Per quanto non previsto dal presente articolo si applicano le disposizioni del Codice di Procedura Civile.

ART. 25 – FORMAZIONE CONTINUA (ECM).

1. La formazione professionale continua è obbligatoria per il pediatra di libera scelta e riguarda la crescita culturale e professionale dello stesso, le attività inerenti ai servizi e alle prestazioni erogate, secondo quanto previsto dagli Accordi della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome.
2. Le Regioni e/o le Aziende Sanitarie promuovono la programmazione dei corsi di formazione obbligatori sulla base dei Piani sanitari e formativi regionali e nazionali. Le Aziende Sanitarie adottano il Piano di Formazione Aziendale (PFA) attraverso le strutture e gli organi preposti alla formazione continua in collaborazione con gli animatori di formazione.
3. Il Piano di formazione è costruito sulla base dei bisogni formativi dei pediatri evidenziati dai dossier formativi, dell'analisi della situazione esistente, delle attività previste dagli Accordi decentrati.
4. I corsi ECM regionali e aziendali, la cui partecipazione è obbligatoria per il pediatra, garantiscono almeno il 70% del debito formativo annuale.
5. I corsi obbligatori di cui al comma 4 si svolgono, di norma, il sabato mattina per almeno 40 ore annue, secondo le modalità definite dagli accordi regionali; la partecipazione a tali corsi rientra nei compiti retribuiti e prevede l'eventuale sostituzione del pediatra a carico dell'Azienda.
6. Il pediatra di libera scelta ha facoltà di partecipare a proprie spese a corsi, necessari al completamento dei crediti previsti per l'aggiornamento obbligatorio ECM, anche attraverso la Formazione a Distanza (FAD), non organizzati né gestiti direttamente dalle Regione o dalle Aziende, ma comunque svolti da soggetti accreditati ECM ed attinenti alle tematiche della pediatria. In ogni caso la partecipazione a tali corsi non può comportare oneri a carico dell'Azienda.
7. Danno luogo a crediti formativi le attività di formazione sul campo, previste dagli Accordi in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome.
8. Il pediatra che non frequenti per due anni consecutivi i corsi obbligatori è soggetto, salvo giustificati motivi, all'attivazione delle procedure disciplinari di cui all'articolo 24 per l'eventuale adozione delle sanzioni previste, graduate a seconda della continuità dell'assenza.

ART. 26 – ATTIVITÀ DIDATTICA.

1. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono:
   a) il fabbisogno regionale di animatori di formazione, da individuarsi tra i pediatri di libera scelta, per la realizzazione della formazione continua di cui al precedente articolo, nonché l'attuazione di corsi di formazione per gli stessi animatori, articolati sulla base di un progetto formativo specifico. Gli stessi Accordi possono definire criteri di riconoscimento di attestati di idoneità conseguiti in altri corsi di formazione specifica;
   b) la creazione di un elenco regionale di animatori di formazione, con idoneità acquisita nei corsi di cui alla lettera a);
   c) la collaborazione con le Università per l'attività di insegnamento o tutoraggio pre-laurea o del corso di specializzazione in pediatria o collaborazione per il corso di formazione specifica in medicina generale.
2. Le attività didattiche indicate al comma precedente non possono determinare oneri derivanti dal presente ACN e non comportano riduzione del massimale individuale.

ART. 27 – LIBERA PROFESSIONE.

1. Il pediatra di libera scelta, al di fuori degli obblighi e delle funzioni previste dal presente Accordo, può svolgere attività libero professionale purché lo svolgimento di tale attività non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento dei compiti convenzionali.
2. Il pediatra può svolgere attività libero professionale:
    a) a carattere occasionale, su richiesta del cittadino, al di fuori degli orari di attività convenzionale o comunque in modo da non arrecare pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento dei compiti convenzionali. Lo svolgimento di tale attività non comporta riduzione del massimale di scelte;
    b) strutturata, se espletata in forma organizzata e continuativa, con impegno settimanale definito, al di fuori degli orari di attività convenzionale. L'esercizio di tale attività, se eccede le 5 ore settimanali, determina la riduzione del massimale nella misura indicata all'articolo 36, comma 7 e comunque non inferiore al rapporto ottimale di cui all'articolo 30. In tal caso il pediatra dà comunicazione all'Azienda all'atto della instaurazione del rapporto convenzionale, aggiornando la stessa preventivamente in caso di variazione della modalità organizzativa. Lo svolgimento di detta attività è subordinato all'espletamento dell'attività istituzionale all'interno della AFT.
3. Il pediatra di libera scelta non può svolgere in libera professione attività già previste dal presente Accordo e dagli accordi decentrati nei confronti dei propri assistiti.
4. Il pediatra di libera scelta che non intenda esercitare attività aggiuntive non obbligatorie previste da Accordi regionali o aziendali non può esercitare le stesse attività in regime libero-professionale.
5. Nell'ambito dell'attività libero professionale il pediatra di libera scelta può svolgere attività in favore dei fondi integrativi di cui all'articolo 9 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.

TITOLO II – ATTIVITÀ DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

ART. 28 – CARATTERISTICHE GENERALI DELLE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT).

1. Le AFT, di cui all'articolo 1 del D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni, nella L. 8 novembre 2012, n. 189, sono forme organizzative monoprofessionali che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione. Esse condividono in forma strutturata obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi.
2. La AFT rappresenta un modello organizzativo che non eroga direttamente assistenza sanitaria, ma realizza le condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei pediatri che ne fanno parte.
3. La AFT garantisce l'assistenza pediatrica, come previsto al successivo comma 6, su un ambito territoriale, riferito alla popolazione 0-14 anni, definito dall'Azienda per ogni Distretto in ragione del numero di pediatri di libera scelta e delle caratteristiche orografiche e di offerta assistenziale sul territorio.
4. Con la istituzione della AFT è comunque garantita la diffusione capillare degli studi dei pediatri di libera scelta nell'ambito dei modelli organizzativi regionali.
5. La AFT è priva di personalità giuridica. I pediatri partecipanti possono essere supportati sia per l'acquisizione che per la gestione dei relativi fattori produttivi da società di servizi, anche cooperative. In ogni caso dette società di servizi non possono fornire prestazioni mediche.
6. Le funzioni essenziali della AFT sono:
   a) assicurare l'erogazione a tutti gli assistiti che ad essa afferiscono dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA);
   b) realizzare nel territorio del Distretto l'assistenza pediatrica nei giorni feriali nella fascia oraria 8-20. La Regione determina le modalità per garantire il servizio tramite il coordinamento dell'apertura degli studi, ivi compresa la consulenza telefonica dei pediatri limitatamente ad alcune ore della giornata;
   c) promuovere attività di sostegno alla genitorialità, prevenzione, diagnosi precoce e percorsi di gestione delle patologie croniche, anche coordinandosi con le AFT della medicina generale;
   d) sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso la popolazione assistita;
   e) garantire la continuità dell'assistenza anche mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata ed il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e del fascicolo sanitario elettronico (FSE);
   f) concorrere alla realizzazione degli obiettivi previsti dalla programmazione regionale ed aziendale;

g) promuovere la condivisione fra i pediatri di libera scelta di percorsi assistenziali, anche in coordinamento con le strutture sanitarie del S.S.R., con le UCCP e con le AFT della medicina generale e della specialistica ambulatoriale, per la gestione delle patologie acute e croniche. A tal fine possono essere previste AFT con una sede di riferimento.

7. La AFT realizza le funzioni di cui al precedente comma, secondo il modello organizzativo regionale, in raccordo con la UCCP di riferimento, alla quale la AFT e i suoi componenti si collegano funzionalmente, integrando il *team* multiprofessionale per la gestione dei casi complessi e per specifici programmi di attività.

8. I pediatri di libera scelta, oltre ad esercitare l'attività convenzionale nei confronti dei propri assistiti, contribuiscono alla promozione della medicina d'iniziativa, ed in particolare operano per:

a) garantire una effettiva presa in carico degli assistiti a partire, in particolare, da quelli con patologia cronica di cui all'articolo 4, comma 1, lettera a) e bisogni assistenziali complessi. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di assistiti attivano l'integrazione con gli altri servizi sanitari di secondo e terzo livello, prevedendo il diritto all'accesso in ospedale dei pediatri di libera scelta;

b) contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare in raccordo con il Distretto e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza.

9. I pediatri di libera scelta sono funzionalmente connessi tra loro mediante una struttura informatico-telematica di collegamento tra le schede sanitarie individuali degli assistiti che consenta, nel rispetto della normativa sulla *privacy* e della sicurezza nella gestione dei dati, l'accesso di ogni pediatra della AFT alle informazioni cliniche degli assistiti degli altri pediatri operanti nella medesima AFT. Al referente di AFT è consentita l'estrazione di dati di attività, in forma aggregata ed anonima, per la valutazione complessiva e la programmazione di percorsi assistenziali da garantire agli assistiti di riferimento della AFT.

10. Le attività, gli obiettivi ed i livelli di *performance* della AFT sono parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto. La valutazione dei risultati raggiunti dalla AFT, secondo indicatori stabiliti negli Accordi Integrativi Regionali, costituisce la base per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico dei pediatri componenti la stessa AFT.

11. Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito a livello aziendale sulla base della programmazione regionale, sentito il Comitato aziendale.

ART. 29 – IL REFERENTE DI AFT.

1. I pediatri di libera scelta componenti la AFT individuano al loro interno, con modalità definite nel regolamento di funzionamento di cui all'articolo 28, comma 11, un referente ed il suo sostituto. I pediatri proposti devono essere disponibili a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per la durata prevista e mantenendo invariato l'incarico convenzionale in essere. Gli Accordi Integrativi Regionali disciplinano la durata del mandato e le modalità di svolgimento.
2. Tra i referenti di AFT del Distretto è individuato dall'Azienda il rappresentante dei pediatri di libera scelta componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali.
3. Il referente di AFT promuove, in particolare, la realizzazione di quanto previsto dall'articolo 28, comma 1. Il referente promuove, altresì, il coordinamento delle attività dei pediatri al fine di garantire, nell'ambito delle attività distrettuali, la continuità dell'assistenza, che si realizza per tutto l'arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso l'integrazione con i medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria.
4. Il referente favorisce, per la parte che riguarda la AFT, l'integrazione dei percorsi assistenziali volti a garantire continuità dell'assistenza con gli altri servizi aziendali, incluso il raccordo funzionale con la UCCP.
5. Il referente predispone annualmente la relazione dell'attività svolta dalla AFT per il raggiungimento degli obiettivi di cui all'articolo 28, comma 10.
6. Il referente collabora con l'Azienda, in particolare con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), per risolvere disservizi a seguito di segnalazioni.
7. Al referente è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono l'entità della remunerazione destinata alla funzione di "referente", il cui onere è finanziato con risorse attinte preventivamente dal fondo di cui all'articolo 44, comma 1, lettera B, punto II.
8. Il Direttore Generale dell'Azienda ratifica la designazione e valuta annualmente il referente di AFT in relazione ai compiti di cui al presente articolo. In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati di cui all'articolo 28, comma 10 del presente Accordo e sentiti i componenti della AFT, ovvero su richiesta dei componenti della AFT secondo quanto previsto dal regolamento di funzionamento di cui all'articolo 28, comma 11 del presente Accordo, il Direttore Generale dell'Azienda può procedere, anche prima della scadenza, al subentro del sostituto nella funzione fino alla nuova designazione ai sensi del precedente comma 1.
9. L'attuazione di quanto previsto dal presente articolo è demandata al regolamento di funzionamento di cui all'articolo 28, comma 11 del presente Accordo.

ART. 30 – RAPPORTO OTTIMALE.

1. Il rapporto ottimale pediatri di libera scelta/assistibili di età compresa tra 0 e 6 anni è pari a 1:600 riferito a ciascun ambito territoriale.
2. Gli Accordi Integrativi Regionali possono determinare rapporti ottimali diversi per singoli ambiti territoriali o per l'intero territorio regionale, tenuto conto, in particolare, delle caratteristiche demografiche, delle peculiarità geografiche del territorio e dell'offerta assistenziale, nonché di specifiche difficoltà assistenziali locali.
3. Nei Comuni comprendenti più Aziende, per la determinazione del rapporto ottimale, si fa riferimento alla popolazione complessiva 0-6 anni residente nel Comune.
4. L'ambito territoriale di iscrizione del pediatra, ai fini dell'esercizio della scelta da parte del cittadino e dell'apertura degli studi medici, è costituito, sulla base di determinazioni aziendali, da uno o più Comuni. In ogni ambito deve essere garantito di norma l'inserimento di almeno due pediatri. Il pediatra operante in un Comune comprendente più Aziende è iscritto nell'elenco di una sola Azienda. In caso di modifica di ambito territoriale, il pediatra conserva tutte le scelte in suo carico, comprese quelle che vengono a far parte di un ambito diverso da quello in cui, in conseguenza della modifica, si trova inserito, nel rispetto del diritto di scelta degli assistiti.
5. In tutti i Comuni, Circoscrizioni e località con oltre 300 assistiti deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale, sentito il Comitato aziendale. L'AFT è l'articolazione organizzativa di riferimento da considerare per la valutazione del fabbisogno di pediatri di libera scelta.
6. Il fabbisogno di pediatri di libera scelta viene regolato nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali, tenendo conto dei seguenti criteri:

   a) capacità di acquisire assistiti da parte dei pediatri di libera scelta facenti parte di diversi ambiti territoriali della stessa AFT;

   b) confronto del nuovo rapporto ottimale determinato dagli AAIIRR con il rapporto ottimale di cui al comma 1.

   Qualora sia possibile soddisfare il fabbisogno in una AFT avvalendosi di pediatri già operanti nella Azienda, si provvede, sulla base di criteri da definire a livello regionale, alla procedura di mobilità interna di pediatri appartenenti ad ambiti territoriali diversi operanti nella medesima AFT, purché inseriti nel medesimo elenco di scelta da almeno 2 (due) anni. La zona resasi carente a seguito della procedura di mobilità è pubblicata secondo quanto previsto dall'articolo 31.

   I pediatri disponibili sono graduati nell'ordine della maggiore anzianità di incarico a tempo indeterminato e della minore età.
7. Espletate le procedure di cui al comma precedente, qualora permanga un fabbisogno assistenziale, si procede all'inserimento di nuovi pediatri.
8. Al fine di garantire l'assistenza pediatrica, l'Azienda può procedere all'individuazione di un ambito territoriale carente anche in deroga al presente articolo, previo parere del Comitato aziendale.

ART. 31 – ASSEGNAZIONE DI INCARICHI E INSTAURAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE.

1. L'Azienda, in attuazione di quanto previsto all'articolo 30, comma 7 e tenuto conto del comma 8 del medesimo articolo, procede all'assegnazione di incarichi con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune, nella località o nella sede indicata.
2. La disponibilità di incarichi è resa nota tramite pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.
3. Possono concorrere al conferimento di incarichi i pediatri di libera scelta già titolari di incarico a tempo indeterminato, i pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso ed i pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale, secondo le procedure riportate all'articolo 32.
4. Espletate le procedure di cui all'articolo 32, il Direttore Generale conferisce l'incarico a tempo indeterminato precisando che il pediatra dovrà operare nella AFT/UCCP di assegnazione. In caso di disponibilità di più incarichi nel medesimo ambito territoriale afferenti a diverse AFT, l'Azienda individua l'AFT di assegnazione tenendo conto delle preferenze eventualmente espresse dall'interessato. Il pediatra, entro il termine di 90 (novanta) giorni dal ricevimento della comunicazione di incarico, a pena di decadenza, deve:
   a) aprire nell'ambito territoriale assegnatogli, tenuto conto delle prescrizioni di cui all'articolo 32, comma 3 uno studio professionale secondo i requisiti di cui all'articolo 33 e darne comunicazione alla Azienda;
   b) trasferire la residenza o eleggere il domicilio nella zona assegnatagli, se risiede in altro Comune;
   c) comunicare l'Ordine professionale provinciale di iscrizione.
5. L'Azienda, avuto riguardo a documentate difficoltà connesse all'apertura dello studio, può consentire proroghe al termine di cui al comma 4 entro il limite massimo di ulteriori 60 (sessanta) giorni.
6. Al fine di agevolare l'inserimento del pediatra e per garantire l'assistenza nell'ambito territoriale assegnatogli, il pediatra, qualora l'Azienda metta a disposizione un ambulatorio ai sensi del successivo comma 10, a pena di decadenza deve avviare l'attività professionale entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione di incarico, fatto salvo il rispetto dei termini di cui all'articolo 23, comma 1, lettera a) del presente Accordo. È fatta salva la possibilità di non utilizzare l'ambulatorio reso disponibile dall'Azienda aprendo, nel medesimo termine, il proprio studio professionale. Il pediatra può trasferire successivamente il proprio studio in altra sede, senza interruzioni dell'assistenza e nel rispetto delle eventuali prescrizioni ricevute all'atto dell'assegnazione dell'incarico.
7. Il pediatra comunica l'avvenuta apertura dello studio entro il termine di cui al comma 4, fatto salvo quanto previsto al comma 5, ovvero entro il termine di cui al comma 6. Entro 15 (quindici) giorni dalla comunicazione l'Azienda procede alla verifica dell'idoneità dello studio in rapporto ai requisiti di cui all'articolo 33 e ne notifica i risultati al pediatra interessato assegnandogli se

necessario, un termine non superiore a 30 (trenta) giorni per eseguire gli adeguamenti prescritti. Trascorso tale termine inutilmente il pediatra decade dal diritto all'incarico.

8. L'incarico si intende definitivamente conferito, ai fini della decorrenza dell'iscrizione nell'elenco e della autorizzazione ad acquisire le scelte degli assistiti, con la comunicazione della Azienda attestante l'idoneità dello studio oppure alla scadenza del termine dei 15 giorni di cui al comma precedente, qualora la Azienda non proceda alla prevista verifica di idoneità. È fatta comunque salva la facoltà della Azienda di verificare in qualsiasi momento l'idoneità dello studio.

9. Al pediatra, al quale sia stato definitivamente conferito l'incarico ai sensi del presente articolo, è fatto divieto di esercitare attività convenzionali ai sensi del presente Accordo in studi professionali collocati fuori dall'ambito territoriale nel cui elenco egli è iscritto. Per il valore di diffusione capillare e per il miglioramento della qualità dell'assistenza, può essere autorizzata l'apertura di più studi secondo le procedure previste dal precedente comma 7.

10. L'Azienda, per le finalità di cui al comma 6, può consentire l'utilizzazione di un ambulatorio eventualmente disponibile. L'ammontare e le modalità di compensazione delle spese per l'uso, comprese le spese per il suo utilizzo, sono definite a livello aziendale.

11. Il pediatra incaricato APP, all'atto del pensionamento definitivo ovvero della cessazione del rapporto per qualsiasi causa del pediatra titolare, è iscritto nell'elenco relativo al medesimo ambito territoriale del titolare cessato subentrando nel rapporto convenzionale.

ART. 32 – PROCEDURE PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI.

1. Entro la fine di marzo di ogni anno ciascuna Regione, o il soggetto da questa individuato, pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli ambiti territoriali carenti e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui al precedente articolo 30.
2. In sede di pubblicazione degli ambiti territoriali carenti, fermo restando l'ambito di iscrizione del pediatra, l'Azienda può indicare la zona in cui deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale ed eventualmente indicare una modalità articolata.
3. L'indicazione di cui al comma precedente costituisce vincolo alla apertura di uno studio nella zona indicata, vincolo che si protrae per un periodo di anni 3 (tre) dall'iscrizione nell'elenco, trascorso il quale, il pediatra può chiedere all'Azienda di rimuovere tale vincolo in caso di pubblicazione di una nuova zona carente nell'ambito di scelta. Al momento del rilevamento della zona carente, l'Azienda, sentito il pediatra interessato, indica la sede da lui lasciata vacante come sede di pubblicazione della nuova zona carente. Lo spostamento dello studio può aver luogo esclusivamente con l'inizio dell'attività convenzionale del nuovo inserito.
4. Gli aspiranti, entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano alla Regione, o al soggetto da questa individuato, domanda di assegnazione, con apposizione del bollo secondo la normativa vigente, per uno o più ambiti territoriali carenti.
5. Possono concorrere al conferimento degli incarichi secondo il seguente ordine:
   a) per trasferimento: i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato nella Regione che ha pubblicato gli ambiti territoriali da almeno due anni nell'ambito territoriale di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nel S.S.N.;
   b) per trasferimento: i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato iscritti da almeno quattro anni in un elenco di pediatri di libera scelta di altra Regione e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nel S.S.N.;
   c) i pediatri inclusi nella graduatoria regionale per l'anno in corso valida al momento della pubblicazione degli ambiti territoriali;
   d) i pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui al comma 4.
6. I pediatri di cui al comma 5, lettere a) e b) sono graduati in base all'anzianità complessiva di incarico a tempo indeterminato, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 21, comma 1.
7. I pediatri di cui al comma 5, lettera c) sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:
   a) punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'articolo 19;
   b) punti 6 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la

presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;

c) punti 10 ai pediatri residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

8. I pediatri di cui al comma 5, lettera d) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

9. In caso di pari posizione in graduatoria, i pediatri di cui al comma 5, lettere a) e b) e c) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

10. Le graduatorie per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti sono formulate sulla base dell'anzianità, dei relativi punteggi e criteri indicati, con la precisazione, per ciascun nominativo, degli ambiti per cui concorre.

11. La Regione, o il soggetto da questa individuato, interpella secondo il seguente ordine:

a) i pediatri di cui al comma 5, lettera a);

b) i pediatri di cui al comma 5, lettera b);

c) i pediatri di cui al comma 5, lettera c);

d) i pediatri di cui al comma 5, lettera d), con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, in Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

12. Espletate le procedure di cui ai commi precedenti, qualora uno o più ambiti territoriali rimangano vacanti, la Regione o il soggetto da questa individuato, predispone specifica comunicazione inerente la disponibilità degli ambiti territoriali sul proprio sito istituzionale e chiede pubblicazione del relativo link sul sito della SISAC al fine di favorire la partecipazione di tutti i pediatri interessati. La Regione rende altresì evidente sul proprio sito la data di pubblicazione da parte della SISAC da cui decorre il termine di 20 (venti) giorni per la presentazione delle domande, in bollo, da parte dei pediatri, purché non titolari di incarico a tempo indeterminato nell'ambito del S.S.N.

La Regione, o il soggetto da questa individuato, procede alla valutazione delle domande pervenute secondo il seguente ordine di priorità:

a) pediatri inseriti nelle graduatorie di altre Regioni;

b) pediatri in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.

I candidati di cui alla lettera a) sono graduati sulla base del punteggio già attribuito nella vigente graduatoria di provenienza e in caso di pari punteggio prevalgono, nell'ordine, la anzianità di specializzazione, il voto di specializzazione e la minore età. I candidati di cui alla lettera b) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età, con priorità di interpello per i pediatri residenti nell'ambito carente, in Azienda e successivamente nella Regione e fuori Regione.

13. La Regione, o il soggetto individuato, indica nell'avviso di cui al comma 1 la data e la sede di convocazione dei candidati ovvero provvede, secondo modalità dalla stessa definite, alla convocazione dei pediatri con un preavviso di 15 (quindici) giorni. Gli stessi termini e modalità si applicano alle procedure di cui al comma 12.

14. Il pediatra interpellato deve, a pena di decadenza, dichiarare l'ambito territoriale per il quale accetta l'incarico o rinunciare all'assegnazione.

15. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il pediatra oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, secondo modalità definite dalla Regione o, in assenza di tale definizione, mediante posta elettronica certificata, la propria disponibilità all'accettazione con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli ambiti territoriali carenti per i quali abbia presentato domanda; in tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati. Il pediatra che accetta l'incarico non può partecipare all'assegnazione di incarichi pubblicati nel corso dello stesso anno.

16. Il pediatra che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'articolo 23, comma 1, lettera a). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

17. Entro 7 (sette) giorni dall'accettazione, il pediatra deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 20 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

18. La Regione, o il soggetto individuato, espletate le formalità per l'assegnazione degli incarichi, invia gli atti alle Aziende interessate e, in caso di assegnazione di ambito territoriale carente, ai sensi del comma 5, lettera b), ad un pediatra proveniente da altra Regione, comunica alla Azienda di provenienza l'avvenuta accettazione dell'incarico ai fini di quanto previsto dal comma 16.

19. Per impreviste vacanze di incarichi o per sopravvenute esigenze straordinarie la Regione, o il soggetto da questa individuato, successivamente alla conclusione delle procedure di cui ai commi 1 e 12, può procedere, in corso d'anno, alla pubblicazione di ulteriori avvisi secondo i termini, i criteri e le modalità determinati nel presente articolo.

ART. 33 – REQUISITI DEGLI STUDI MEDICI.

1. Lo studio del pediatra di libera scelta, studio professionale privato, è presidio del Servizio Sanitario Nazionale che concorre al perseguimento degli obiettivi di salute del medesimo Servizio nei confronti del cittadino mediante attività assistenziali convenzionate e non convenzionate.
2. Lo studio deve essere dotato degli spazi, degli arredi e delle attrezzature indispensabili per l'esercizio dell'attività convenzionale, di sala d'attesa adeguatamente arredata, di servizi igienici, di illuminazione e aerazione conformi alla legislazione e ai regolamenti vigenti, di strumenti di comunicazione con gli assistiti, di strumenti informatici idonei ad assolvere ai compiti di cui all'articolo 6.
3. Detti ambienti sono adibiti esclusivamente ad uso di studio del pediatra di libera scelta. Se lo studio è inserito in un appartamento di civile abitazione, i locali e l'ingresso devono essere specificatamente dedicati.
4. Se lo studio è ubicato presso strutture private, incluse quelle autorizzate o accreditate, adibite ad altre attività non mediche oppure attività sanitarie soggette ad autorizzazione, lo stesso deve avere un ingresso indipendente e deve essere eliminata ogni comunicazione con le restanti parti della struttura. Nello studio del pediatra può essere svolta esclusivamente attività istituzionale ai sensi del presente Accordo e la libera professione ai sensi dell'articolo 27.
5. L'orario giornaliero di apertura dello studio è concordato dal pediatra con il referente di AFT al fine di garantire quanto previsto dall'articolo 28, comma 6, lettera b), dal lunedì al venerdì, nella fascia 8,00-20,00, con alternanza di apertura al mattino e al pomeriggio, con orario settimanale non inferiore a:
   - 5 ore fino a 250 assistiti;
   - 10 ore da 251 a 500 assistiti;
   - 15 ore da 501 a 880 assistiti.

   In applicazione di quanto previsto dall'articolo 36, comma 3 del presente Accordo, in presenza di un numero di assistiti superiore a 880, l'orario minimo non è inferiore a 18 ore settimanali.

   Fermo restando il debito orario minimo, il pediatra è tenuto a garantire le ore definite dal referente di AFT per il coordinamento dell'orario di apertura degli studi necessario a garantire l'assistenza pediatrica.
6. L'articolazione oraria degli studi dei pediatri dell'AFT deve garantire ai cittadini un riferimento preciso cui rivolgersi quando lo studio del proprio pediatra è chiuso.
7. Le visite nello studio medico, salvi i casi di urgenza, sono di norma erogate attraverso un sistema di prenotazione.
8. Le modalità di contattabilità del pediatra di libera scelta al di fuori delle fasce orarie di apertura dello studio sono disciplinate dagli Accordi Integrativi Regionali.
9. Nel caso di esercizio dell'attività convenzionale in più studi, l'orario complessivo di cui al comma 5 può essere frazionato tra tutti gli studi con prevalente apertura in quello principale, in accordo con la programmazione dell'apertura degli studi all'interno della AFT.
10. I pediatri devono comunicare all'Azienda e agli assistiti le modalità di organizzazione, l'articolazione oraria di apertura degli studi ed i recapiti telefonici di riferimento al fine di garantire una costante informazione.

ART. 34 – SOSTITUZIONI.

1. Il pediatra di libera scelta ha l'obbligo di farsi sostituire fin dall'inizio dell'assenza, di comunicare la durata e le motivazioni, nonché il nominativo del sostituto al referente di AFT in caso di sostituzione fino a tre giorni ovvero all'Azienda in caso di sostituzione di durata superiore. Il pediatra deve inoltre informare i propri assistiti sulla durata e le modalità della sostituzione, dandone comunicazione anche al referente di AFT o al coordinatore di UCCP.
2. La sostituzione di pediatri che non abbiano potuto provvedere ai sensi del comma 1 può essere effettuata da pediatri operanti nella medesima AFT, secondo modalità e procedure concordate tra gli stessi e il referente di AFT.
3. Qualora non vi siano le condizioni per effettuare la sostituzione secondo quanto previsto ai precedenti commi, l'Azienda provvede sulla base della graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 7, con priorità per i residenti nell'ambito di iscrizione del pediatra sostituito.
4. Il sostituto assume direttamente e formalmente, all'atto dell'accettazione della sostituzione, le responsabilità professionali e gli obblighi del titolare. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del titolare.
5. Alla sostituzione del pediatra sospeso dall'incarico ai sensi dell'articolo 21, comma 1, provvede la Azienda utilizzando la graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 7.
6. Il compenso spettante al pediatra che effettua la sostituzione è pari al 55% del compenso di cui all'articolo 44, comma 1, lettera A, punti I e II, ed è corrisposto:

   a) intero per i mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre;

   b) maggiorato del 20% per i mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo;

   c) ridotto del 20% per i mesi di giugno, luglio, agosto e settembre.

   Al titolare viene corrisposta la restante parte dei compensi mensili dovuti.
7. Al sostituto spettano inoltre i compensi per le prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 7 e le ulteriori prestazioni individualmente eseguite nel corso della sostituzione.
8. Per sostituzioni pari o inferiori a 30 (trenta) giorni e comunque per i primi 30 (trenta) giorni di sostituzione continuativa l'Azienda corrisponde i compensi al pediatra titolare, il quale provvede ad erogare al sostituto i compensi dovuti nel rispetto della normativa fiscale. Dal trentunesimo giorno l'Azienda corrisponde i compensi direttamente al sostituto. Se il sostituto è incaricato dall'Azienda i compensi sono corrisposti allo stesso fin dal primo giorno di sostituzione. In caso di decesso del pediatra, il sostituto già designato prima del decesso può proseguire l'attività nei confronti degli assistiti in carico al pediatra deceduto fino all'eventuale copertura della zona carente o comunque per un periodo non superiore a sessanta giorni, conservando il trattamento di cui beneficiava durante la sostituzione.
9. Qualora il medico sostituto non sia in possesso del titolo di specializzazione in pediatria, o discipline equipollenti, i rapporti economici sono regolati secondo le norme previste dall'Accordo per la medicina generale, fatti salvi diversi Accordi Integrativi Regionali. Al pediatra sostituito è corrisposta la restante parte dei compensi mensili dovuti.

ART. 35 – INCARICHI PROVVISORI.

1. In attesa del conferimento di incarico a tempo indeterminato di pediatra di libera scelta ai sensi dell'articolo 31, l'Azienda può conferire un incarico provvisorio utilizzando la graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 7, con priorità per i pediatri residenti nell'ambito territoriale carente, nell'Azienda, successivamente nella Regione ed infine fuori Regione.
2. L'incarico provvisorio è conferito con durata non superiore a dodici mesi e cessa:
   a) al raggiungimento del periodo massimo di dodici mesi;
   b) al momento dell'inserimento del pediatra titolare, con comunicazione dell'Azienda da effettuarsi almeno un mese prima;
   c) per recesso del pediatra incaricato, da comunicare secondo quanto previsto all'articolo 23, comma 1, lettera a).
3. Al pediatra per gli assistiti in carico vengono corrisposti i compensi previsti all'articolo 44, comma 1, lettera A, punti I e II ed i compensi per le prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 7 e per le ulteriori prestazioni individualmente eseguite.

ART. 36 – MASSIMALE DI SCELTE E SUE LIMITAZIONI.

1. I pediatri iscritti negli elenchi acquisiscono le scelte di assistiti dalla nascita fino al compimento del sesto anno, fascia di età esclusiva, e possono acquisire e conservare le scelte fino al compimento del quattordicesimo anno di età.
2. I pediatri di libera scelta possono acquisire un numero massimo di scelte pari a 880 unità.. Eventuali deroghe al massimale di 880 unità sono attivate dall'Azienda per necessità assistenziali in relazione a particolari situazioni locali o a particolari assetti organizzativi, ai sensi dell'articolo 48, comma 3, punto 5 della Legge 833/78 per un tempo determinato. Al raggiungimento di tali limiti, ciascun pediatra può acquisire nuovi assistiti con la ricusazione contestuale di un pari numero di scelte da individuare esclusivamente tra gli assistiti di età non inferiore a 13 anni.
3. Le scelte di cui all'articolo 37, commi 3, 4 e 5, una volta raggiunti i massimali di cui al comma 2, sono acquisibili nel limite massimo di 120 unità.
4. Le scelte di minori in età pediatrica appartenenti a nuclei familiari nell'ambito dei quali il pediatra abbia già in cura altro soggetto in età pediatrica sono acquisibili oltre il massimale di cui ai commi 2 e 6 del presente articolo.
5. I pediatri, che alla data di entrata in vigore dell'ACN hanno un numero di assistiti in carico superiore a quanto stabilito dal presente articolo, rientrano nel limite mediante la sospensione dell'attribuzione di nuove scelte.
6. L'Azienda, sentito il parere del Comitato aziendale, può autorizzare i pediatri ad autolimitare il proprio massimale in misura non inferiore al rapporto ottimale. Il massimale individuale derivante da autolimitazione del numero di scelte non è modificabile, su richiesta del pediatra, prima di 3 (tre) anni dalla data di decorrenza della stessa. Al raggiungimento di tale limite, ciascun pediatra può acquisire nuovi assistiti con la ricusazione contestuale di un pari numero di scelte da individuare esclusivamente tra gli assistiti di età non inferiore a 13 anni. Per necessità assistenziali l'autorizzazione alla limitazione del massimale può essere revocata dall'Azienda, sentito il Comitato aziendale.
7. I compensi sono corrisposti fino al massimale (e le eventuali deroghe) di cui al comma 2 o fino al massimale individuale derivante da autolimitazione di cui al comma 6 e per le scelte di cui al comma 4. Le scelte di cui al comma 3 sono retribuite nel limite indicato. Sono altresì corrisposti i compensi per i minori in condizione di prolungamento dell'assistenza fino al sedicesimo anno di età di cui all'articolo 39, comma 2.
8. Ai fini del calcolo del massimale individuale, in caso di svolgimento di attività compatibili, l'impegno settimanale del pediatra equivale convenzionalmente ad un rapporto di 23 assistiti/ora.

ART. 37 – SCELTA DEL PEDIATRA.

1. La libera scelta del pediatra, nel rispetto del numero massimo di assistiti, è collegata alla residenza e compatibile con l'organizzazione sanitaria di riferimento del territorio. Il genitore o il tutore legale sceglie il pediatra di fiducia tra quelli iscritti negli elenchi dell'Azienda Sanitaria di residenza, articolati per Comuni o gruppi di Comuni. L'ambito territoriale per la scelta del pediatra non può essere inferiore all'area comunale; nei Comuni ove operano più Aziende l'ambito territoriale coincide con una frazione del Comune stesso. Per i cittadini residenti la scelta è a tempo indeterminato salvo revoca.
2. Nell'ambito dell'Azienda, il genitore o il tutore legale sceglie il pediatra tra quelli operanti nel Comune di residenza o nei Comuni afferenti al medesimo ambito; può, tuttavia, scegliere un pediatra iscritto in elenchi diversi da quello di residenza, previa accettazione da parte del pediatra interessato. Le Aziende comunicano ai pediatri l'elenco degli assistiti in carico con i necessari aggiornamenti.
3. Eventuali scelte in deroga territoriale in Comuni limitrofi di Aziende/Regioni diverse da quella di appartenenza sono disciplinate negli Accordi Integrativi Regionali o accordi tra Regioni.
4. Per il cittadino non residente la scelta è a tempo determinato per una durata minima di 3 mesi e massima di 1 anno, espressamente prorogabile al fine del mantenimento della continuità assistenziale, così come indicato nell'Accordo Stato-Regioni del 8 maggio 2003, rep. n. 1705. L'Azienda provvede all'iscrizione temporanea previo accertamento dell'avvenuta cancellazione dall'elenco del pediatra di libera scelta dell'Azienda di provenienza.
5. Per il cittadino extracomunitario, in regola con le norme in materia di soggiorno sul territorio italiano, la scelta è a tempo determinato con validità pari a quella del permesso di soggiorno. La scelta è prorogabile alla scadenza su richiesta dell'assistito, purché risulti avviato l'iter procedurale per il rinnovo del permesso di soggiorno.
6. Il pediatra è obbligato alla assistenza del cittadino extracomunitario anche nelle more del rinnovo del permesso di soggiorno, fatta salva ogni azione di rivalsa per quote percepite a seguito di mancato rinnovo del permesso di soggiorno, fatte salve le prestazioni aggiuntive effettuate.
7. Nell'ipotesi di ambito territoriale in cui il numero di assistibili non sia sufficiente a determinare una zona carente o in caso di carenza di pediatri disponibili ad operare in detta zona, esperite inutilmente anche le procedure di cui all'articolo 36, comma 2, ultimo capoverso, può essere scelto un medico del ruolo unico di assistenza primaria titolare nello stesso ambito. Tali scelte sono iscritte in un separato elenco. Qualora venga inserito un pediatra, l'Azienda comunica al genitore/tutore legale dei bambini inseriti nell'elenco ed al medico che li assiste la possibilità di effettuare la scelta in favore del pediatra disponibile, assegnando un termine non superiore a 30 (trenta) giorni. Decorso detto termine le scelte iscritte nell'elenco separato sono revocate.
8. Le scelte dei cittadini che, ai sensi dell'articolo 7 della Legge 7 agosto 1982, n. 526, vengono temporaneamente sospesi dagli elenchi della Azienda, sono riattribuite automaticamente al pediatra dal momento della cessazione della sospensione temporanea, anche in deroga al massimale individuale, fatta salva ogni altra e diversa determinazione da parte dell'assistito. A tal fine le Aziende istituiscono apposito separato elenco dei cittadini ai quali sia stata revocata d'ufficio la scelta, onde facilitarne la riattribuzione automatica.

9. In caso di eventuali ritardi nella riattribuzione della scelta di cui al precedente comma, gli effetti economici della stessa decorrono comunque, in difetto di scelta in favore di altro medico, dalla data di cessazione della sospensione. A tal proposito il pediatra è tenuto comunque alla assistenza del cittadino temporaneamente sospeso dagli elenchi fin dalla data di cessazione della sospensione medesima.
10. Le Aziende provvedono ad informare adeguatamente i cittadini sui servizi e le attività assistenziali fornite dalla AFT del pediatra scelto in base al programma delle attività che le stesse AFT predispongono.

Art. 38 – Revoca e ricusazione della scelta.

1. Il genitore/tutore legale può revocare in qualsiasi momento la scelta del pediatra, utilizzando le procedure dell'Azienda Sanitaria, ed effettuare una nuova scelta che, ai fini assistenziali, ha effetto immediato.
2. Il pediatra che non intenda prestare la propria opera in favore di un assistito può ricusare la scelta dandone comunicazione alla competente Azienda. Tale ricusazione deve essere motivata da eccezionali ed oggettivi motivi di incompatibilità ai sensi dell'articolo 8, comma 1, lettera b), D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni. Tra i motivi della ricusazione assume particolare importanza la turbativa del rapporto di fiducia. Agli effetti assistenziali la ricusazione decorre dal 16° giorno successivo alla sua comunicazione.
3. Non è consentita la ricusazione qualora nell'ambito territoriale di scelta non sia operante altro pediatra con disponibilità di scelte, salvo che ricorrano eccezionali motivi di incompatibilità.
4. I pediatri che abbiano esercitato l'autolimitazione del massimale non possono avvalersi dello strumento della ricusazione per mantenersi al di sotto del limite dell'autolimitazione o per rientrare nel massimale.

ART. 39 – REVOCHE D'UFFICIO.

1. Le revoche delle scelte dei cittadini sono effettuate d'ufficio dall'Azienda nei seguenti casi:
   a) decesso dell'assistito;
   b) trasferimento di residenza dell'assistito in altra Azienda;
   c) irregolare doppia iscrizione del cittadino;
   d) cancellazione del pediatra dall'elenco di scelta;
   e) compimento del quattordicesimo anno di età.
2. La revoca della scelta di cui al comma 1, lettera e), è effettuata d'ufficio, previa comunicazione al genitore/tutore legale. Su richiesta del genitore, previa accettazione del pediatra, la presenza di patologia cronica o di disabilità o di documentate situazioni di disagio psico-sociale può essere riconosciuta come condizione idonea al prolungamento dell'assistenza, comunque non oltre il compimento del sedicesimo anno di età.
3. Le cancellazioni per i casi di cui al comma 1, lettera c), decorrono dalla data della seconda attribuzione nel caso di scelta posta due volte in carico allo stesso pediatra. Se trattasi di pediatri diversi la cancellazione dall'elenco degli assistiti del primo pediatra decorre dalla data della seconda scelta.
4. L'Azienda, con preventiva comunicazione al pediatra riportante gli elementi che motivano il provvedimento, procede al recupero di quote per assistiti liquidate e non dovute, a far data dal verificarsi di uno degli eventi di cui al comma 1. Il pediatra può opporre motivato e documentato ricorso entro 15 (quindici) giorni dalla comunicazione ed il Direttore Generale assume la propria deliberazione in merito entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento del ricorso. La ripetizione delle somme o l'applicazione del conguaglio negativo avviene, fino al recupero dell'importo complessivo, nella misura massima mensile del 20% delle quote corrisposte in base al numero degli assistiti in carico, al netto delle ritenute fiscali e previdenziali. L'Azienda può dare corso ad una diversa rateizzazione delle somme da ripetere o al conguaglio negativo, in percentuale superiore al 20%, previo accordo con l'interessato.
5. Gli effetti economici delle cancellazioni e delle attribuzioni di scelte seguono le vigenti disposizioni del Codice Civile in materia di ripetizione di emolumenti non dovuti e di crediti, con relativi termini di prescrizione.

ART. 40 – EFFETTI ECONOMICI DI SCELTA, REVOCA E RICUSAZIONE.

1. Ai fini della corresponsione delle quote per assistiti in carico la scelta, la ricusazione e la revoca decorrono dal primo giorno del mese in corso o dal primo giorno del mese successivo a seconda che intervengano entro il 15° giorno o dal 16° giorno del mese. In caso di morte dell'assistito la quota è corrisposta fino alla data del decesso.
2. Il rateo mensile delle quote per assistiti in carico è frazionabile in trentesimi, ai fini del pagamento di eventuali frazioni di mese, quando le variazioni dipendano da trasferimento, cancellazione o sospensione del pediatra dall'elenco.
3. La cessazione dell'incarico del pediatra per sopraggiunti limiti di età produce effetti economici dal giorno di compimento dell'età prevista.
4. Per i nuovi nati per i quali non è stata effettuata la prima scelta gli effetti economici decorrono dal momento della prima prestazione erogata dal pediatra di libera scelta e da questi attestata mediante idonea dichiarazione da consegnare al competente ufficio al momento dell'effettuazione della prima scelta. In ogni caso la data di decorrenza degli effetti economici non può essere anteriore a 90 giorni antecedenti la scelta.

ART. 41 – COMPITI E FUNZIONI DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA.

1. Al fine di concorrere ad assicurare la tutela della salute degli assistiti nel rispetto di quanto previsto dai livelli essenziali e uniformi di assistenza e con modalità rispondenti al livello più avanzato di appropriatezza clinica ed organizzativa, il pediatra di libera scelta espleta le seguenti funzioni:

   a) assume il governo del processo assistenziale relativo a ciascun assistito che abbia esercitato la libera scelta nell'ambito del rapporto di fiducia medico-paziente, relativamente a quanto previsto dal presente Accordo;

   b) si fa parte attiva della continuità dell'assistenza per gli assistiti nell'ambito dell'organizzazione prevista dalla Regione;

   c) persegue gli obiettivi di salute degli assistiti con il miglior impiego possibile delle risorse, in attuazione della programmazione regionale, con particolare riferimento alla realizzazione del Piano Nazionale della Cronicità e del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale.

2. Al fine di espletare i suoi compiti e funzioni nel rispetto dei principi sopra indicati, il pediatra di libera scelta svolge la propria attività individualmente ed in integrazione della propria AFT; partecipa inoltre alle attività dell'UCCP di riferimento.

3. Per ciascun assistito in carico, il pediatra raccoglie e invia le informazioni all'Azienda Sanitaria come previsto dall'articolo 6 del presente Accordo.

4. Le funzioni ed i compiti previsti dal presente articolo rappresentano condizioni irrinunciabili per l'accesso ed il mantenimento della convenzione con il S.S.N.

5. Nell'ambito della propria attività il pediatra di libera scelta:

   a) svolge attività di prevenzione e promozione della salute nei confronti del propri assistiti, in particolare aderendo agli indirizzi nazionali e regionali;

   b) gestisce le patologie acute e croniche secondo la miglior pratica, con interventi appropriati e garantisce l'assistenza proattiva nei confronti dei bambini affetti da patologia cronica e dei pazienti fragili;

   c) assicura agli assistiti la presa in carico globale, anche attraverso la consultazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE), le prestazioni e visite ambulatoriali e domiciliari;

   d) partecipa a progetti e programmi di attività, finalizzati al rispetto dei livelli programmati di spesa, concordati a livello regionale e/o aziendale, ed a quelli finalizzati a sensibilizzare i cittadini su specifiche tematiche, sull'adozione di corretti stili di vita, uso appropriato dei farmaci e delle risorse messe a disposizione del S.S.N.;

   e) opera nell'ambito delle Aggregazioni Funzionali Territoriali e Unità Complesse delle Cure Primarie rispettando le modalità organizzative concordate all'interno delle stesse;

   f) partecipa alla continuità dell'assistenza, coordinando la propria attività individuale con quella degli altri pediatri della AFT di riferimento e nell'ambito del modello organizzativo definito dalla Regione per garantire l'h24;

   g) adotta le misure necessarie, in conformità alle normative vigenti, per il consenso informato, il trattamento, la conservazione e la sicurezza dei dati sensibili;

h) cura la tenuta e l'aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata di ciascun assistito, ad uso del pediatra e ad utilità dell'assistito e del S.S.N. In caso di revoca della scelta, il genitore/tutore legale dell'assistito può richiedere la scheda entro due anni;

i) collabora con la dirigenza dell'Azienda Sanitaria per la realizzazione dei compiti istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale;

j) partecipa alle attività formative programmate dall'Azienda;

k) effettua visite occasionali, secondo quanto previsto dall'articolo 43 del presente ACN;

l) redige le certificazioni obbligatorie di propria competenza;

m) rilascia a titolo oneroso tutte le certificazioni non obbligatorie;

n) effettua le prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 7;

o) osserva e rileva reazioni indesiderate post-vaccinali;

p) svolge attività di sostegno alla genitorialità.

6. Rientrano nei compiti ed obblighi del pediatra di libera scelta:

a) la presa in carico del neonato entro il primo mese di vita, con il supporto attivo delle unità ospedaliere e distrettuali, per una tempestiva scelta del pediatra, fatti salvi specifici progetti di dimissione precoce e/o protetta;

b) le visite domiciliari richieste per gli assistiti, se ritenute necessarie dal pediatra, avuto riguardo alle condizioni cliniche ed alla possibilità o meno di spostamento in sicurezza degli stessi, da eseguire di norma nel corso della stessa giornata o entro le dodici del giorno successivo, compreso il sabato;

c) l'assistenza programmata dell'assistito, anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa, in collegamento se necessario con l'assistenza sociale, secondo gli Allegati 8 e 9;

d) l'assistenza programmata nelle strutture residenziali, sulla base degli Accordi Integrativi Regionali;

e) il consulto con lo specialista, richiesto dal pediatra di libera scelta, attuato di persona presso gli ambulatori dell'Azienda o, su richiesta motivata e previa autorizzazione aziendale, presso il domicilio del paziente;

f) la partecipazione alla realizzazione del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (P.N.P.V.) vigente, secondo le modalità definite dall'Accordo Integrativo Regionale;

g) la redazione del Piano di assistenza individuale (PAI) del paziente cronico in coerenza con il Piano Nazionale della Cronicità (PNC) e nel rispetto degli atti di programmazione regionale;

h) il rilascio delle seguenti certificazioni obbligatorie:

I. idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche di cui al Decreto del Ministero della Salute 24 aprile 2013, articolo 3, lettere a) e c), nell'ambito scolastico, a seguito di specifica richiesta dell'autorità scolastica competente, tenuto conto di quanto previsto dall'articolo 42-bis del D.L. 21 giugno 2013, n. 69, convertito, con modificazioni dalla L. 9 agosto 2013, n. 98 e dal D.M. 8 agosto 2014 del Ministero della Salute;

II. riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola dell'infanzia e alle scuole secondarie superiori, ove prevista e ai fini dell'astensione dal lavoro del genitore a seguito di malattia del bambino;

III. valutazioni multidimensionali e connesse certificazioni relative alle prestazioni di assistenza domiciliare integrata, programmata e per l'inserimento nelle strutture residenziali sulla base della programmazione e di quanto previsto nell'ambito degli Accordi regionali;

i) il rispetto dei compiti previsti nei confronti della AFT di cui all'articolo 28 e degli interventi previsti dal programma delle attività territoriali di cui all'articolo 13 del presente Accordo.

j) la partecipazione al Progetto Salute Infanzia di cui all'Allegato 10 (bilanci di salute);

k) l'esecuzione di eventuali screening, sulla base di programmi regionali ed aziendali.

7. Nei confronti degli assistiti caratterizzati da condizioni cliniche di particolare gravità, il pediatra di libera scelta garantisce l'assistenza domiciliare in coerenza con il Piano terapeutico e con i percorsi assistenziali definiti a livello regionale. Tali condizioni sono rappresentate da:

- malattie genetiche invalidanti
- artropatie con grave limitazione funzionale
- patologie onco-ematologiche
- immunodeficienza congenita e acquisita
- politraumi
- cerebropatie e cerebrolesioni con forme gravi
- cardiopatie congenite a rischio di scompenso emodinamico
- insufficienza respiratoria grave
- insufficienza renale
- distrofia muscolare.

8. La Regione in relazione alla propria realtà epidemiologica può decidere di sostituire una o più condizioni cliniche riferite a patologie croniche incluse in questo elenco.

9. Il programma delle visite domiciliari a favore degli assistiti di cui al comma precedente viene inserito nel flusso informativo di cui all'articolo 6, comma 3.

ART. 42 – ATTIVITÀ PRESCRITTIVA.

1. Il pediatra può prescrivere farmaci e/o indagini specialistiche con ricetta del S.S.N., secondo le norme di legge vigenti e nel rispetto delle modalità previste dal S.S.N., nei confronti dei propri assistiti, fatto salvo quanto previsto all'articolo 43, comma 6.
2. In caso di assenza del pediatra di scelta le prescrizioni urgenti possono essere effettuate da un altro pediatra della stessa AFT.
3. La richiesta di indagine, prestazione, visita specialistica deve essere corredata dal quesito o sospetto diagnostico e, ove previsto, dalla specifica modulistica secondo disposizioni vigenti. La proposta di ricovero o prescrizione di cure termali deve essere accompagnata dalla specifica motivazione. Le richieste di ulteriori prestazioni assistenziali sono effettuate nel rispetto delle disposizioni regionali.
4. Il pediatra rilascia la prescrizione farmaceutica e di indagini specialistiche anche in assenza del paziente quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente.
5. Gli assistiti possono accedere nelle strutture pubbliche, senza la richiesta del pediatra di libera scelta, alle seguenti specialità: odontoiatria, ostetricia e ginecologia, neuropsichiatria infantile, oculistica, limitatamente alle prestazioni optometriche, attività dei servizi di prevenzione e consultoriali.
6. Per quanto attiene ai rapporti con i medici specialisti, anche in attuazione del precedente comma e nel rispetto del disposto della Legge 326/2003 e dei successivi decreti attuativi, le Aziende emanano disposizioni per la prescrizione diretta da parte dello specialista di eventuali indagini preliminari agli esami strumentali, di tutti gli approfondimenti necessari alla risposta al quesito diagnostico posto, degli accertamenti preliminari a ricoveri o a interventi chirurgici, nonché della richiesta delle prestazioni da eseguire entro 30 giorni dalla dimissione o dalla consulenza specialistica. Trascorso tale termine i controlli programmati saranno proposti al pediatra di libera scelta.
7. Le Aziende che rilevano comportamenti prescrittivi del pediatra di libera scelta ritenuti non conformi alle disposizioni di legge sottopongono il caso all'organismo composto dai soggetti individuati al successivo comma 8, deputati a verificare l'appropriatezza prescrittiva nell'ambito delle attività distrettuali.
8. Fatte salve diverse determinazioni a livello regionale, il Direttore del Distretto è coadiuvato, per gli adempimenti di cui al comma 7, dal referente di AFT componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali e da un altro referente di AFT tra quelli operanti nel Distretto, integrati dal responsabile del servizio farmaceutico, o da suo delegato, e da un medico individuato dal Direttore Sanitario dell'Azienda.
9. L'organismo suddetto esamina il caso entro 30 giorni dalla segnalazione, tenendo conto dei seguenti principi:
   a) la ipotesi di irregolarità deve essere contestata al pediatra per iscritto entro gli ulteriori 15 giorni assegnandogli un termine non inferiore a 15 giorni per le eventuali controdeduzioni e/o la richiesta di essere ascoltato;

b) il risultato dell'accertamento, esaminate le eventuali controdeduzioni e/o udito il pediatra interessato, è comunicato al Direttore Generale della Azienda per i provvedimenti di competenza e al pediatra interessato.

10. La prescrizione farmaceutica è valutata tenendo conto dei seguenti elementi:

a) sia oggetto di occasionale, e non ripetuta, inosservanza delle norme prescrittive dovuta ad errore scusabile;

b) sia stata determinata da un eccezionale stato di necessità attuale al momento della prescrizione, con pericolo di danno grave alla vita o all'integrità della persona che non possa essere evitato con il ricorso alle competenti strutture o servizi del S.S.N.;

c) sia stata determinata dalla novità del farmaco prescritto e/o dalla novità della nota AIFA, o di altra norma, e, comunque, per un periodo non superiore a 30 giorni dalla immissione alla vendita, dall'emanazione ufficiale della nota AIFA o di altra norma.

ART. 43 – VISITE OCCASIONALI.

1. I pediatri di libera scelta prestano la propria attività anche in favore dei cittadini in età pediatrica che, trovandosi occasionalmente al di fuori dell'ambito territoriale di riferimento, ricorrano ad essi.
2. Le prestazioni di cui al comma precedente sono compensate direttamente dal cittadino con le seguenti tariffe omnicomprensive:
   - visita ambulatoriale: € 30,00
   - visita domiciliare: € 45,00
3. Le visite occasionali sono assicurate anche ai soggetti rientranti nelle condizioni di particolare bisogno individuate dalla Regione, con pagamento delle stesse al pediatra da parte dell'Azienda Sanitaria.
4. Al pediatra di libera scelta che effettua le visite ambulatoriali e domiciliari a favore dei cittadini stranieri in temporaneo soggiorno in Italia, in possesso del prescritto documento comprovante il diritto all'assistenza sanitaria a carico del Servizio Sanitario pubblico, sono attribuiti gli stessi compensi di cui al comma 2. In tal caso il pediatra di libera scelta notula alla propria Azienda Sanitaria le anzidette prestazioni, annotando gli estremi del documento sanitario, il nome e cognome dell'avente diritto e il tipo di prestazione effettuata.
5. Nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali possono essere individuate ulteriori e differenti modalità di erogazione e di retribuzione delle visite occasionali di cui al presente articolo.
6. Per le prestazioni di cui al presente articolo, il pediatra è tenuto a utilizzare la ricetta del S.S.N. secondo le disposizioni vigenti, indicando la residenza del paziente.

ART. 44 – TRATTAMENTO ECONOMICO DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA.

1. La retribuzione per il pediatra di libera scelta, al netto degli oneri previdenziali a carico dell'Azienda, si articola in:

   A. quota capitaria per assistito, definita e negoziata a livello nazionale;

   B. quota variabile, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale, finalizzata all'effettuazione di specifici programmi di attività per la promozione del governo clinico, allo sviluppo della medicina d'iniziativa ed alla presa in carico di pazienti affetti da patologia cronica;

   C. quota per servizi, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale;

   D. quota del fondo aziendale dei fattori produttivi, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale;

   E. quota per ulteriori attività e prestazioni, definita e negoziata a livello regionale.

   Le risorse contrattuali relative alle quote B, C e D potranno rappresentare fino al 30% del totale e saranno finalizzate alle attività e agli obiettivi di livello regionale. Queste quote possono essere ulteriormente integrate con gli incentivi legati al trasferimento di risorse alla luce del perseguimento del riequilibrio di prestazioni ospedale-territorio derivanti da azioni e modalità innovative dei livelli assistenziali di cure primarie.

   A. QUOTA CAPITARIA

      I. compenso forfetario annuo, per ciascun assistito in carico, pari ad Euro 86,31, con la decorrenza indicata all'articolo 5 del presente Accordo;

      II. compenso aggiuntivo annuo, per ciascun assistito che non abbia compiuto il 6° anno di età, pari ad Euro 17,93;

      III. assegno individuale non riassorbibile riconosciuto ai pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato al 15 dicembre 2005 e determinato al 31 dicembre 2005 secondo la tabella di cui all'articolo 58, lettera A, comma 2, dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i.;

      IV. quota capitaria annua derivante dal fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie, pari ad Euro 3,08 per assistito, ripartita dagli Accordi Integrativi Regionali. Tale fondo è integrato, nel rispetto del termine e dei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge, con gli assegni individuali di cui al precedente punto III, resisi disponibili per effetto della cessazione dal rapporto convenzionale di singoli pediatri, ai sensi dell'art. 58, comma 1, lett. A, punto 5 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i.;

      V. quota capitaria annua aggiuntiva di ingresso pari ad Euro 24,00, per le prime 250 scelte, riconosciuta ai pediatri di libera scelta incaricati a tempo indeterminato in data successiva al 15 dicembre 2005. Tale quota non è dovuta per le scelte oltre la duecentocinquantesima.

   B. QUOTA VARIABILE

      I. quota annua derivante dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico, pari ad Euro 3,08 per assistito, ripartita dagli Accordi Integrativi Regionali nel rispetto dei livelli programmati di spesa. Tale quota

incrementata di Euro 3,17 per assistito, con la decorrenza prevista dall'articolo 5 del presente Accordo;

II. quota annua derivante dalle risorse, pari ad Euro 1,54 per assistito, messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010 quale incremento contrattuale, come disciplinato dall'articolo 6 del citato Accordo. Tale quota è per ciascun anno preventivamente decurtata delle risorse necessarie al finanziamento disposto ai sensi dell'articolo 10, comma 4 e dell'articolo 29, comma 7 del presente Accordo;

III. quota annua derivante dalle risorse, pari ad Euro 0,25 per assistito, messe a disposizione delle Regioni ai sensi degli articoli 4 e 5 dell'ACN 8 luglio 2010.

Le risorse della quota variabile di cui alla presenta lettera sono ripartite tra le AFT in ragione degli obiettivi assegnati ed in coerenza con la numerosità della popolazione assistita, la gravosità delle patologie croniche per le quali viene garantita la presa in carico e l'attuazione del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (P.N.P.V.).

Nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali vengono definite le modalità per la corresponsione della quota variabile in ragione dei risultati raggiunti dalla AFT di appartenenza in relazione agli obiettivi assegnati, facendo riferimento a specifici indicatori.

C. QUOTA PER SERVIZI

I. quota per prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 7;

II. quota per assistenza domiciliare, integrata e programmata, a bambini con patologia cronica di cui all'Allegato 8;

III. quota per assistenza ambulatoriale programmata a bambini con patologia cronica di cui all'Allegato 9.

È demandata agli AAIIRR la definizione delle ulteriori quote variabili per servizi non definite dagli Allegati 7, 8 e 9.

L'entità complessiva della spesa per compensi riferiti alle prestazioni di cui ai punti II e III della presente lettera viene definita annualmente dalla programmazione regionale.

D. QUOTA DEL FONDO AZIENDALE DEI FATTORI PRODUTTIVI

I. Alla istituzione della AFT, come previsto dall'articolo 8, comma 2, le indennità e gli incentivi del fondo di cui all'articolo 45 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. per lo sviluppo strutturale ed organizzativo dell'attività dei pediatri di libera scelta, ad eccezione della quota di cui alla precedente lettera B, punto I, costituiscono il fondo aziendale dei fattori produttivi.

II. Costituiscono tale fondo i compensi per attività in forma associativa e le indennità per la funzione informativo-informatica, l'impiego di collaboratore di studio e di personale infermieristico, come determinati dall'articolo 58, lettera B dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. già erogati ai pediatri componenti della AFT alla data di costituzione del fondo stesso. Il valore complessivo del fondo include anche gli oneri previdenziali a carico dell'Azienda.

III. Le risorse di tale fondo sono utilizzate prioritariamente per salvaguardare il trattamento economico individuale dei pediatri che percepiscono gli incentivi e le indennità di cui al punto II, purché risulti assicurato e mantenuto lo standard strutturale, strumentale ed

organizzativo già realizzato e condivisa la partecipazione al nuovo assetto assistenziale in integrazione con gli altri pediatri. Il trattamento economico individuale, determinato alla data di costituzione del fondo di cui al punto II, è modificato in relazione all'aumento di assistiti in carico nei limiti di consistenza del fondo.

IV. Le risorse corrisposte in funzione del numero degli assistiti in carico sono ridotte in relazione alla diminuzione del carico assistenziale, secondo il sistema di calcolo ai sensi dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. e confluiscono nel fondo aziendale dei fattori produttivi.

V. La modifica dello standard organizzativo riferito alle preesistenti forme associative, la cessazione del rapporto di lavoro con il personale di studio, regolamentati sia a livello nazionale che regionale, comportano la sospensione delle relative indennità corrisposte, che restano a disposizione del fondo aziendale dei fattori produttivi.

VI. In caso di cessazione del rapporto convenzionale di pediatri di libera scelta componenti le AFT, le eventuali indennità corrisposte in relazione ai fattori produttivi confluiscono nel fondo aziendale dei fattori produttivi. Le previgenti indennità informatiche sono riservate al finanziamento dei fattori produttivi di medesima destinazione a favore dei pediatri di libera scelta che entrano nelle AFT. Le indennità corrisposte per il personale di studio restano a disposizione per il finanziamento dei fattori produttivi destinati alle medesime finalità. Le previgenti indennità per la partecipazione a forme associative restano a disposizione per il finanziamento dei modelli organizzativi definiti dalla Regione per qualificare l'offerta assistenziale in funzione delle specificità territoriali.

VII. Gli Accordi Integrativi Regionali possono stabilire diversi criteri di destinazione delle risorse di cui ai commi precedenti.

VIII. Al termine dell'esercizio le eventuali risorse del fondo aziendale dei fattori produttivi che residuano confluiscono annualmente nei fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico di cui al comma 1, lettera B, punto I.

E. QUOTA PER ULTERIORI ATTIVITÀ E PRESTAZIONI

1. Gli accordi regionali possono prevedere eventuali quote per attività e compiti per l'esercizio di funzioni proprie di livelli essenziali di assistenza diversi dalle cure primarie ed a queste complementari, nonché per lo svolgimento dell'attività in zone identificate dalle Regioni come disagiatissime o disagiate.
2. Le eventuali integrazioni già stabilite con Accordi Integrativi Regionali sono negoziate a livello regionale nel rispetto delle finalità previste dall'articolo 3, comma 4 del presente Accordo.
3. Tutti i compensi erogati in base agli assistiti in carico sono corrisposti nei limiti di cui all'articolo 36.
4. Le quote capitarie di cui al comma 1, lettera A), sono corrisposte mensilmente in dodicesimi entro la fine del mese successivo a quello di competenza; i restanti compensi sono corrisposti mensilmente entro il secondo mese successivo a quello di competenza.

ART. 45 – CONTRIBUTI PREVIDENZIALI.

1. La quota parte a carico dell'Azienda Sanitaria del contributo previdenziale in favore del competente Fondo di previdenza è pari al 9,375% di tutti i compensi previsti dal presente Accordo, ivi inclusi quelli derivanti dagli Accordi regionali o aziendali per i pediatri di libera scelta.
2. L'aliquota previdenziale a carico dei pediatri di libera scelta è stabilita dall'ENPAM, a norma dell'articolo 1, comma 763 della Legge 27 dicembre 2006, n. 296.
3. Ferma restando la quota di contributo a carico dell'Azienda, i pediatri di libera scelta possono optare per l'incremento dell'aliquota contributiva a proprio carico di un punto intero percentuale fino ad un massimo di cinque punti. Tale scelta si esercita al massimo una volta all'anno entro il 31 gennaio. L'aliquota resta confermata negli anni successivi in assenza di comunicazione di variazione da effettuarsi eventualmente entro la stessa data.
4. I contributi devono essere versati all'ENPAM trimestralmente, con l'indicazione dei pediatri a cui si riferiscono e della base imponibile su cui sono calcolati, entro 30 giorni successivi alla scadenza del trimestre.

ART. 46 – ATTIVITÀ TERRITORIALI PROGRAMMATE.

1. L'Azienda, sentito il Comitato aziendale, può attribuire attività a tempo determinato, non superiori ad un anno, espressamente rinnovabili, per lo svolgimento di attività di prevenzione e profilassi a livello di comunità, indagini epidemiologiche ed educazione sanitaria.

   Il servizio può essere attivato anche per coordinamento di progetti distrettuali per la pediatria di libera scelta, coordinamento di studi epidemiologici, collaborazione per le attività limitate al settore delle attività pediatriche, direzione di dipartimenti materno-infantili, oltre che per far fronte a carenze di assistenza pediatrica.

2. L'attività può essere affidata a:

   a) pediatri inseriti negli elenchi di scelta dell'Azienda;

   b) pediatri inseriti nella graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 7.

3. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione delle attività di cui al presente articolo.

NORME FINALI

Norma finale n. 1

In deroga al disposto dell'articolo 20, comma 1, lettera e) sono fatti salvi gli incarichi concomitanti di pediatra di libera scelta e di specialista ambulatoriale convenzionato di pediatria già esistenti alla data del 15 dicembre 2005.

Norma finale n. 2

Il fondo di cui all'articolo 44, comma 2, lettera D, qualora utilizzato per la organizzazione dello studio medico, deve prevedere l'applicazione del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) specifico per le figure professionali utilizzate di cui al all'articolo 44, comma 2, lettera D, punto II.

Norma finale n. 3

Le Aziende Sanitarie ed i pediatri di libera scelta attuano, per quanto di competenza, le disposizioni di cui alla L. 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".

Norma finale n. 4

L'Azienda annualmente richiede ai pediatri di libera scelta titolari di incarico a tempo indeterminato ai sensi del presente Accordo un'autocertificazione informativa attestante la propria situazione soggettiva professionale, con particolare riferimento alle notizie aventi riflesso sulle incompatibilità, la libera professione, le limitazioni del massimale e gli aspetti economici.

NORME TRANSITORIE

Norma transitoria n. 1

Fino all'entrata in vigore degli Accordi Integrativi Regionali, per l'applicazione del rapporto ottimale si fa riferimento ai parametri indicati all'articolo 32 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i.

Norma transitoria n. 2

I procedimenti disciplinari già in carico al Collegio arbitrale di cui all'articolo 30 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. alla data di entrata in vigore del presente Accordo, continuano ad essere regolamentati dalle previgenti clausole contrattuali fino al provvedimento finale. Il componente dell'UPDC di cui all'articolo 24, comma 3 è sostituito entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo.

Norma transitoria n. 3

I compensi e le indennità di cui all'articolo 44, comma 1, lettera D, punto II, sono riconosciuti nella misura e secondo i criteri di cui all'articolo 59, lettera B dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. fino alla costituzione del fondo aziendale dei fattori produttivi.

Norma transitoria n. 4

La procedura di assegnazione delle ore di cui all'articolo 16 decorre dall'anno successivo all'entrata in vigore del presente ACN.

DICHIARAZIONI A VERBALE

Dichiarazione a verbale n. 1

Il terminale associativo è una struttura sindacale dotata del potere di rappresentanza della sigla a livello negoziale di riferimento (nazionale, regionale, aziendale). Si estrinseca nella sussistenza di una struttura organizzativa caratterizzata da una pluralità di componenti, operanti per ciascun livello negoziale ed eletti nel principio di democraticità interno quali rappresentanti di un'unica Organizzazione Sindacale accreditata presso le amministrazioni di riferimento.

Dichiarazione a verbale n. 2

L'attività del pediatra di libera scelta, ancorché si avvalga delle prestazioni di collaboratore di studio, non possiede le caratteristiche di autonoma organizzazione in quanto è sottoposta ad una serie di vincoli convenzionalmente previsti:

- obbligatorietà di presenza settimanale in numero minimo di ore giornaliere di apertura del proprio studio;

- prescrizioni e controlli circa i requisiti dei locali adibiti ad esercizio dell'attività e della strumentazione in dotazione;

- limiti di anzianità per l'esercizio dell'attività;

- monitoraggio e verifiche continue dell'attività convenzionata;

- controlli della prescrizione con l'obbligo di adesione alle deliberazioni regionali ed aziendali circa l'indirizzo dell'attività.

ALLEGATI

ALLEGATO 1 – ASSISTENZA PROATTIVA.

1. Il pediatra di libera scelta riveste un ruolo preminente nella tutela della salute dei soggetti fragili, in particolare del bambino, dell'adolescente e dei soggetti affetti da patologie croniche e disabilità. Tali condizioni presuppongono la definizione, in ambito territoriale, di percorsi, modalità di integrazione ed interazione dei professionisti oltre ad uno stretto legame con le strutture sociali.

2. L'assistenza proattiva è assicurata dal pediatra di libera scelta sulla base di una presa in carico del bambino che preveda attività educative e clinico assistenziali, anche nei confronti dei genitori (promozione dell'attività fisica e sportiva, rispetto delle norme di sicurezza per il trasporto dei bambini, ecc...), volte alla adozione di corretti stili di vita, alla partecipazione alla realizzazione del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (P.N.P.V.) vigente ed alla diagnosi precoce.

3. L'attività assistenziale è assicurata individualmente dal pediatra di libera scelta coadiuvato anche dal personale di studio, nonché in forma partecipata con gli altri pediatri della AFT. Nell'ambito del regolamento di AFT possono essere individuati pediatri "esperti" in specifici ambiti clinici, che possano svolgere un ruolo di interfaccia con i colleghi della AFT al fine di favorire il loro sviluppo di competenze e conoscenze in quel determinato ambito ed anche in grado di svolgere un ruolo da *"first opinion"* relativamente alla clinica ed alla diagnostica di primo livello.

4. Il pediatra di libera scelta partecipa alla costituzione del *team* multiprofessionale con i professionisti della UCCP di riferimento individuati nel piano di cura per la gestione del caso.

ALLEGATO 2 – PROCEDURE TECNICHE PER LA RILEVAZIONE DELLE ORE DI DISPONIBILITÀ SINDACALE

APPLICAZIONE PER LA RILEVAZIONE DELLE ORE DI DISPONIBILITÀ SINDACALE – PEDIATRI DI LIBERA SCELTA –

I criteri e le modalità per la comunicazione delle ore di disponibilità da parte delle Organizzazioni Sindacali operanti nell'area del convenzionamento con il Servizio Sanitario Nazionale sono disciplinati dall'articolo 16 del presente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta.

Il sistema di rilevazione è finalizzato a facilitare la compilazione, ridurre il rischio di errori materiali ed agevolare le fasi di acquisizione ed elaborazione dei dati, garantendo la certificazione dei dati trasmessi e rilevati, con prova documentale di quanto trasmesso, in caso di eventuali contestazioni.

Al 1° gennaio di ciascun anno la SISAC rende disponibile sul sistema informatizzato ad accesso riservato il monte orario annuo complessivo e quello relativo a ciascuna O.S. Tale monte orario è determinato applicando il criterio di cui all'articolo 16, comma 1 (numero di deleghe degli iscritti derivanti dalla rilevazione certificata ai sensi dell'articolo 15, comma 4 dell'ACN moltiplicato per 6 ore annue).

Le Aziende acquisiscono annualmente, tramite le procedure informatizzate messe a disposizione dalla SISAC, i nominativi dei rappresentanti sindacali che, per ciascuna sigla rappresentativa e firmataria dell'ACN, fruiranno di ore di disponibilità, secondo quanto previsto dall'articolo 16, comma 2.

A tale scopo il legale rappresentante di ciascuna Organizzazione Sindacale (livello nazionale) provvede a registrare sull'applicazione informatizzata disposta dalla SISAC l'anagrafica di tutti i rappresentanti della propria O.S. sull'intero territorio nazionale che saranno destinatari di ore di disponibilità sindacale e a richiedere, per ciascuno di essi, l'assegnazione di ore fino al livello massimo consentito (monte ore). Alternativamente, il legale rappresentante nazionale del sindacato può delegare ai rappresentanti sindacali regionali (livello regionale) il compito di creare, tramite la medesima procedura informatizzata, anagrafiche di ambito regionale, trasferendo contestualmente a loro tutto o parte del monte ore nazionale fruibile. Analogamente, i legali rappresentanti sindacali regionali possono decidere di delegare ulteriormente tale compito, nel limite delle ore assegnate dal livello regionale, determinando, tramite il medesimo sistema informatizzato, anagrafiche aziendali con affidamento delle ore di disponibilità in favore dei rappresentanti sindacali (livello aziendale).

Tramite l'applicativo informatizzato la SISAC provvede a ratificare le richieste provenienti da tutti i livelli sindacali (nazionale, regionale, aziendale), ed a trasmettere le comunicazioni di competenza. Le Regioni e le Aziende prendono atto delle assegnazioni disposte dalle OO.SS. in favore di pediatri operanti localmente al fine del riconoscimento delle ore di disponibilità sindacale.

In corso d'anno il legale rappresentante nazionale del sindacato, ovvero del livello regionale o aziendale se autorizzati, per la parte di competenza, ha la possibilità di procedere alla variazione in positivo o in negativo, di una assegnazione di ore precedentemente effettuata e alla eventuale cancellazione, a qualsiasi titolo, di un nominativo dall'anagrafica, con il corrispondente recupero delle ore già attribuite ma non utilizzate.

Ad ogni inserimento, modifica, ratifica o presa visione delle ore di disponibilità sindacale il sistema genera una certificazione trasmessa a mezzo PEC contemporaneamente alla O.S. operante, alla SISAC, alla Regione ed alla Azienda di appartenenza del rappresentante sindacale.

ALLEGATO 3 – ACCORDO NAZIONALE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEL DIRITTO DI SCIOPERO NELL'AREA DELLA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA.

ART. 1

CAMPO DI APPLICAZIONE E FINALITÀ

1. Il presente Accordo è applicato a tutti i pediatri di libera scelta in rapporto di convenzionamento con il S.S.N. operanti secondo le previsioni del vigente ACN.
2. Le clausole del presente Accordo attuano le disposizioni contenute nella Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata ed integrata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83 e successive modificazioni ed integrazioni, in caso di sciopero nei servizi pubblici essenziali, indicando i livelli minimi essenziali di assistenza sanitaria territoriale e fissando i criteri per la determinazione dei contingenti di personale convenzionato tenuti a garantirli. Per quanto non espressamente previsto dal presente Accordo si intendono applicate le disposizioni di legge di cui al presente comma.
3. Il presente Accordo indica tempi e modalità per l'espletamento delle procedure di conciliazione e di raffreddamento.
4. Le clausole del presente Accordo si applicano alle azioni sindacali relative alle politiche sindacali di riforma, rivendicative e contrattuali, sia a livello nazionale che decentrato. Tutte le disposizioni in tema di preavviso e di durata non si applicano nelle vertenze relative alla difesa dei valori e dell'ordine costituzionale, per gravi eventi lesivi dell'incolumità e della sicurezza dei lavoratori.

ART. 2

SERVIZI PUBBLICI ESSENZIALI

1. Ai sensi degli articoli 1 e 2 della Legge 12 giugno 1990, n. 146 come modificata dagli articoli 1 e 2 della Legge 11 aprile 2000, n. 83, le prestazioni indispensabili di assistenza pediatrica da considerare essenziali nella presente area negoziale, per assicurare il rispetto dei valori e dei diritti costituzionalmente tutelati, sono le seguenti: visite domiciliari non differibili, assistenza domiciliare integrata, assistenza domiciliare programmata a malati terminali, nonché le ulteriori prestazioni definite nell'ambito degli Accordi regionali.
2. Le prestazioni minime indispensabili vengono erogate da ciascun pediatra convenzionato in riferimento ai propri assistiti in carico.

ART. 3

MODALITÀ DI EFFETTUAZIONE DEGLI SCIOPERI

1. Le rappresentanze sindacali che proclamano azioni di sciopero che coinvolgono i servizi di cui all'articolo 2 sono tenute a darne comunicazione alle Aziende ed enti interessati con un preavviso non inferiore a 10 giorni precisando, in particolare, la durata dall'astensione dal

lavoro. In caso di revoca spontanea di uno sciopero indetto in precedenza, le rappresentanze sindacali devono darne comunicazione alle predette amministrazioni almeno 5 giorni prima.

2. Le rappresentanze sindacali che proclamano sciopero, a prescindere dall'ambito territoriale di proclamazione dello stesso, informano con la stessa tempistica di cui al precedente comma la "Commissione di Garanzia per l'attuazione della legge sullo sciopero nei servizi pubblici essenziali".

3. La proclamazione degli scioperi relativi a vertenze nazionali vanno comunicati: al Ministero della Salute, al Ministero degli Interni, alla Presidenza della Conferenza delle Regioni e a tutti i Presidenti di Regione e i Presidenti delle Province Autonome di Trento e Bolzano; la proclamazione di scioperi relativi a vertenze in ambiti regionali vanno comunicati al Presidente della Regione o della Provincia Autonoma, all'Assessore alla Sanità, a tutti i Prefetti delle province della Regione; la proclamazione di scioperi relativi a vertenze a livello di Azienda va comunicata all'Assessore regionale alla Sanità, al Direttore Generale dell'Azienda e al Prefetto competente per territorio. Nei casi in cui lo sciopero incida su servizi resi all'utenza, le Regioni ed enti interessati sono tenute a trasmettere agli organi di stampa ed alle reti radiotelevisive pubbliche e private di maggiore diffusione nell'area interessata dallo sciopero una comunicazione circa i tempi e le modalità dell'azione di sciopero. Analoga comunicazione viene effettuata dalle stesse amministrazioni anche nell'ipotesi di revoca, sospensione o rinvio dello sciopero, ai sensi dell'articolo 4, comma 8.

4. Le rappresentanze sindacali comunicano alle amministrazioni interessate la durata delle azioni di sciopero come di seguito elencate:

   a) il primo sciopero, per qualsiasi tipo di vertenza, non potrà superare, la durata massima di 2 (due) giorni continuativi. In ogni caso lo sciopero non potrà essere a ridosso di giorni festivi;

   b) gli scioperi successivi al primo per la medesima vertenza non supereranno i 3 (tre) giorni consecutivi. Nel caso in cui dovessero essere previsti a ridosso dei giorni festivi, la loro durata non potrà comunque superare un giorno;

   c) lo sciopero dovrà essere proclamato per almeno una giornata lavorativa;

   d) l'area funzionale minima per proclamare uno sciopero è quella della singola Azienda. Sono altresì escluse forme surrettizie di sciopero quali le assemblee permanenti o forme improprie di astensione dal lavoro;

   e) in caso di scioperi distinti nel tempo, sia della stessa che di altre Organizzazioni Sindacali, incidenti sullo stesso servizio finale e sullo stesso bacino di utenza, l'intervallo minimo tra l'effettuazione di un'azione di sciopero e la proclamazione della successiva è fissato in quarantotto ore, alle quali segue il preavviso di cui al comma 1.

5. Le azioni di sciopero non saranno effettuate:

   - nel mese di agosto;
   - nei cinque giorni che precedono e che seguono consultazioni elettorali europee, nazionali e referendarie;
   - nei cinque giorni che precedono e che seguono consultazioni elettorali regionali, e comunali, per i singoli ambiti;
   - nei giorni dal 23 dicembre al 7 gennaio;

- nei giorni dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo.

6. In caso di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o di calamità naturali gli scioperi dichiarati si intendono immediatamente sospesi.
7. L'adesione allo sciopero comporta la trattenuta del trattamento economico relativo all'intero periodo di astensione dall'attività convenzionale.
8. La trattenuta prevista dal precedente comma 7 deve essere effettuata dalla Azienda di competenza entro i 90 giorni successivi al termine dello sciopero medesimo.
9. Per l'effettuazione delle prestazioni indispensabili di cui all'articolo 2, in occasione di sciopero della categoria, è riconosciuta ai pediatri di libera scelta una percentuale del compenso previsto per essi dall'articolo 44 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta, da definire in sede di Accordo Integrativo Regionale.

ART. 4

PROCEDURE DI RAFFREDDAMENTO E CONCILIAZIONE

1. In caso di insorgenza di una controversia sindacale che possa portare alla proclamazione di uno sciopero, vengono espletate le procedure di conciliazione di cui ai commi seguenti.
2. I soggetti incaricati di svolgere le procedure di conciliazione sono:
   a) in caso di conflitto sindacale di rilievo nazionale, il Ministero del Lavoro;
   b) in caso di conflitto di livello regionale, il Prefetto del Capoluogo di Regione;
   c) in caso di conflitto sindacale di Azienda, il Prefetto del Capoluogo di Provincia competente.
3. Nel caso di controversia nazionale, il Ministero del Lavoro, entro un termine di tre giorni lavorativi decorrente dalla comunicazione scritta che chiarisca le motivazioni e gli obiettivi della formale proclamazione dello stato di agitazione e della richiesta della procedura conciliativa, provvede a convocare le parti in controversia, al fine di tentare la conciliazione del conflitto. Il medesimo Ministero può chiedere alle Organizzazioni Sindacali e ai soggetti pubblici coinvolti notizie e chiarimenti per l'utile conduzione del tentativo di conciliazione; il tentativo deve esaurirsi entro l'ulteriore termine di tre giorni lavorativi dalla apertura del confronto, decorso il quale il tentativo si considera comunque espletato ai fini di quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, della Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83.
4. Con le stesse procedure e modalità di cui al comma precedente, nel caso di controversie regionali e di Azienda, i soggetti di cui alle lettere b) e c) del comma 2 provvedono alla convocazione delle parti per l'espletamento del tentativo di conciliazione entro un termine di tre giorni lavorativi. Il tentativo deve esaurirsi entro l'ulteriore termine di cinque giorni dall'apertura del confronto.
5. Il tentativo si considera altresì esplicato ove i soggetti di cui al comma 2 non abbiano provveduto a convocare le parti in controversia entro il termine stabilito per la convocazione, che decorre dalla comunicazione scritta della proclamazione dello stato di agitazione.
6. Il periodo della procedura conciliativa di cui al comma 3 ha una durata complessivamente non superiore a sei giorni lavorativi dalla formale proclamazione dello stato di agitazione; quello del comma 4, una durata complessiva non superiore a dieci giorni.

7. Del tentativo di conciliazione di cui al comma 3 viene redatto verbale che, sottoscritto dalle parti, è inviato alla Commissione di Garanzia. Se la conciliazione riesce, il verbale dovrà contenere l'espressa dichiarazione di revoca dello stato di agitazione proclamato che non costituisce forma sleale di azione sindacale ai sensi dell'articolo 2, comma 6, della Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83. In caso di esito negativo, nel verbale dovranno essere indicate le ragioni del mancato accordo e le parti si riterranno libere di procedere secondo le consuete forme sindacali nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali.
8. Le revoche, le sospensioni ed i rinvii dello sciopero proclamato non costituiscono forme sleali di azione sindacale, qualora avvengano nei casi previsti dall'articolo 2, comma 6 della Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83, o nel caso di oggettivi elementi di novità nella posizione della controparte datoriale.
9. Fino al completo esaurimento, in tutte le loro fasi, delle procedure sopra individuate, le parti non intraprendono iniziative unilaterali e non possono adire l'autorità giudiziaria sulle materie oggetto della controversia.
10. In caso di proclamazione di una seconda iniziativa di sciopero, nell'ambito della medesima vertenza e da parte del medesimo soggetto, è previsto un periodo di tempo dall'effettuazione o revoca della precedente azione di sciopero entro cui non sussiste obbligo di reiterare la procedura di cui ai commi precedenti. Tale termine è fissato in 120 giorni, esclusi i periodi di franchigia di cui all'articolo 3, comma 5.

ART. 5

COMUNICAZIONI

1. Le Aziende sono tenute a rendere pubblico tempestivamente il numero dei lavoratori che hanno partecipato allo sciopero, la durata dello stesso e la misura delle trattenute effettuate secondo la disciplina vigente.
2. Allo scopo di conciliare il diritto individuale di adesione alla astensione collettiva con le peculiari modalità di organizzazione delle prestazioni di lavoro autonomo dei medici pediatri convenzionati con il S.S.N. ed evitare gravi disagi organizzativi che potrebbero incidere negativamente sull'erogazione delle prestazioni indispensabili, il pediatra di libera scelta è tenuto a comunicare per iscritto alla Azienda la propria adesione allo sciopero entro le 24 ore precedenti nel rispetto delle modalità concordate a livello regionale, fatta eccezione per i pediatri iscritti alla Organizzazione Sindacale che ha proclamato lo sciopero i quali sono tenuti a comunicare entro il medesimo termine l'eventuale non adesione.

ALLEGATO 4 – TITOLI PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE.

1. I titoli valutabili ai fini della formazione della graduatoria sono elencati di seguito con l'indicazione del relativo punteggio:

I. TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

a) specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.,

per ciascuna specializzazione: p. 4,00

b) specializzazione in disciplina affine alla pediatria ai sensi della tabella B del D.M. 31 gennaio 1998 e s.m.i.,

per ciascuna specializzazione: p. 2,00

c) specializzazione in discipline diverse da quelle previste alle lettere a) e b),

per ciascuna specializzazione: p. 0,20

d) conoscenza della lingua inglese documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE):
complessivamente p. 0,50

e) conoscenza dei principali programmi informatici documentata dal possesso della Patente europea per l'utilizzo del PC:
complessivamente p. 0,25

II. TITOLI DI SERVIZIO:

a) attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato ai sensi dell'articolo 48 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dell'articolo 8, comma 1, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, con incarico a tempo indeterminato o provvisorio e per attività di sostituzione, ovvero attività prestata durante il periodo di affiancamento previsto dalla procedura di ricambio generazionale derivante dalla APP, di cui all'Allegato 5 del presente Accordo
per ciascun mese complessivo: p. 1,10

(per l'attività sindacale il mese corrisponde a 96 ore);

b) servizio in forma attiva nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale, nell'emergenza sanitaria territoriale, di assistenza primaria, attività oraria o a ciclo di scelta di cui al vigente Accordo per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale,

per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività: p. 0,10

(per ciascun mese solare non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'Accordo nazionale relativo al settore);

c) attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: per ciascun mese complessivo: p. 0,10

d) servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina,

per ciascun mese: p. 0,05

e) attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n. 125; della Legge 10 luglio 1960, n. 735 e successive modificazioni, e del decreto ministeriale 1° settembre 1988, n. 430,

per ciascun mese complessivo: p. 0,10

f) attività di specialista pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplate nei punti che precedono,

per ciascun mese complessivo: p. 0,05

2. Ai fini del calcolo dei punteggi relativi ai titoli di servizio, tutte le frazioni di mese dell'anno sono sommate. L'eventuale residuo superiore a 15 giorni (per l'attività sindacale superiore a 48 ore) è valutato come mese intero. I residui non valutati sono sommati alle integrazioni dei titoli di servizio eventualmente presentati negli anni successivi.

3. I titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo. In tal caso è valutato il titolo che comporta il punteggio più alto. Le attività di servizio eventualmente svolte durante la scuola di specializzazione in pediatria o equipollente di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c) non sono valutabili. Il punteggio per attività di servizio eventualmente svolto durante le scuole di specializzazione è alternativo a quello riconosciuto al comma 1, punto I, lettere b) e c) del presente Allegato.

4. A parità di punteggio complessivo prevalgono, nell'ordine, anzianità di specializzazione, voto di specializzazione e minore età.

5. Non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate dal presente Allegato.

ALLEGATO 5 – DISPOSIZIONI PER FAVORIRE IL RICAMBIO GENERAZIONALE DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA.

ART. 1

PRINCIPI GENERALI

1. Al fine di favorire il ricambio generazionale, il pediatra di libera scelta, in possesso dei requisiti anagrafici e contributivi per percepire la pensione ordinaria, anche anticipata, presso la Fondazione ENPAM e con un minimo di 700 assistiti, può richiedere all'ENPAM l'Anticipo della Prestazione Previdenziale (modulo A)*, di seguito denominata APP, alle condizioni e con le modalità previste del presente Allegato.
2. L'attivazione del predetto istituto è subordinata alla riduzione dell'attività convenzionale da parte del pediatra di cui al comma 1, da un minimo del 30% fino ad un massimo del 70%, a fronte della contestuale attribuzione, con rapporto convenzionale a tempo indeterminato, della corrispondente quota di attività ad un pediatra da incaricare (di seguito "pediatra incaricato APP") inserito nella graduatoria di cui all'articolo 19, comma 1 del presente ACN.
3. Prima dell'avvio della APP e del conferimento dell'incarico a tempo indeterminato, è previsto un periodo di affiancamento obbligatorio, disciplinato dal successivo art. 6.
4. L'incarico a tempo indeterminato ha la medesima decorrenza della APP.

ART. 2

PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI APP

1. Il pediatra che vuole accedere alla APP deve presentare alla Azienda di appartenenza, entro il 31 dicembre, idonea domanda di adesione (modulo B)*. La domanda deve essere corredata dalla certificazione del raggiungimento del requisito per accedere alla pensione di cui all'art. 1, comma 1, rilasciata alla Fondazione ENPAM.
2. La domanda deve riportare i seguenti dati:
   a) età del richiedente;
   b) percentuale di riduzione dell'attività convenzionale: da un minimo del 30% fino ad un massimo del 70%. La scelta ha carattere vincolante per un anno;
   c) numero di assistiti.
3. Il pediatra di cui al comma 1 viene inserito nell'"Elenco APP dei pediatri titolari", di cui al successivo art. 3, che sarà reso pubblico entro il 31 gennaio.

ART. 3

ELENCO APP DEI PEDIATRI TITOLARI

1. Il pediatra inserito nell'Elenco APP (di seguito "pediatra titolare") deve confermare alla Azienda mediante PEC, entro il 31 dicembre di ogni anno, la volontà di adesione alla procedura di

ricambio generazionale e comunicare l'eventuale modifica della percentuale di riduzione dell'attività di cui all'art. 2, comma 2, lettera b). La modifica ha validità annuale.

2. La revoca in corso d'anno della disponibilità a rimanere nell'Elenco APP deve essere comunicata alla Azienda mediante PEC.

ART. 4

PRESENTAZIONE DOMANDA DEL PEDIATRA DA INCARICARE CON PROCEDURA APP

1. Il pediatra da incaricare di cui all'art. 1, comma 2, del presente Allegato, che vuole accedere alla procedura di ricambio generazionale della APP, presenta all'Assessorato alla Sanità della Regione idonea richiesta (modulo C)* da inviare mediante PEC, entro il termine del 30 aprile.
2. Il pediatra di cui al comma 1 viene inserito nell'"Elenco APP dei pediatri da incaricare", di cui al successivo art. 5, che sarà reso pubblico entro il 31 maggio.

ART. 5

ELENCO APP DEI PEDIATRI DA INCARICARE

1. Ai fini della formazione dell'"Elenco APP dei pediatri da incaricare" si utilizza il punteggio della graduatoria regionale di cui all'articolo 19, comma 1 del presente Accordo.
2. Il pediatra da incaricare già inserito nell'Elenco APP deve confermare all'Assessorato alla Sanità della Regione, mediante PEC, entro il 30 aprile di ogni anno, la volontà di adesione alla procedura di ricambio generazionale. La revoca in corso d'anno della disponibilità a rimanere nell'Elenco APP deve essere comunicata mediante PEC.

ART. 6

DISCIPLINA DEL PERIODO DI AFFIANCAMENTO

1. L'Azienda di competenza del pediatra titolare individua il pediatra da incaricare tra quelli inseriti nell'Elenco APP di cui all'art. 5, secondo l'ordine dello stesso. Nel caso in cui il pediatra da incaricare non sia disponibile, l'Azienda individua un nuovo pediatra secondo lo stesso criterio.
2. Il periodo di affiancamento ha una durata di 60 giorni di servizio effettivo. Durante questo periodo entrambi i pediatri svolgono congiuntamente l'attività convenzionale nei confronti degli assistiti.
3. Durante il periodo di affiancamento entrambi i pediatri sono sospesi dagli Elenchi APP di appartenenza. Il pediatra da incaricare resta inserito nella graduatoria regionale di cui all'articolo 19, comma 1 del presente Accordo.
4. Al termine del periodo di affiancamento, le parti manifestano congiuntamente la volontà all'avvio della APP (modulo D)*, nel quale:

- il pediatra titolare si impegna irrevocabilmente a ridurre la propria attività convenzionale nella misura di cui all'art. 2, comma 2, lettera b) al fine di beneficiare dell'APP. Dichiara inoltre di aver presentato domanda di APP alla Fondazione ENPAM;
- il pediatra da incaricare si impegna irrevocabilmente a svolgere la quota dell'attività convenzionale resasi disponibile a seguito della riduzione operata dal pediatra titolare;
- entrambi i pediatri dichiarano che regolamenteranno fra loro la ripartizione degli oneri e/o spese inerenti l'attività convenzionale, sollevando la Azienda da qualsivoglia responsabilità al riguardo.

5. La manifestazione di volontà deve essere inviata, a pena di decadenza, entro 15 giorni dalla fine del periodo di affiancamento, mediante PEC, all'Assessorato alla Sanità della Regione, alla Azienda di competenza e alla Fondazione ENPAM.
6. In mancanza di tale manifestazione di volontà, entrambi i pediatri restano sospesi dagli Elenchi APP e non possono accedere ad un nuovo periodo di affiancamento per 120 giorni dallo scadere del termine di cui al precedente comma 5.
7. Il pediatra titolare può effettuare al massimo tre periodi di affiancamento. Nel caso in cui anche al termine del terzo periodo di affiancamento non sia stata manifestata la volontà di avviare l'APP, di cui al precedente comma 4, il pediatra titolare decade dall'Elenco APP e può accedere nuovamente alla procedura di ricambio generazionale trascorsi due anni dal termine del terzo periodo di affiancamento.
8. Durante il periodo di affiancamento:
   - in caso di malattia il pediatra titolare può nominare come sostituto il pediatra da incaricare;
   - in caso di decesso del pediatra titolare, il pediatra da incaricare può proseguire l'attività nei confronti degli assistiti del pediatra deceduto fino a un massimo di 60 giorni;
   - in caso di cessazione/rinuncia per qualsiasi motivo da parte del pediatra l'Azienda individua un nuovo pediatra da incaricare avviando la procedura di cui al comma 1 del presente articolo, con nuova decorrenza del periodo di affiancamento.
9. Durante il periodo di affiancamento il trattamento economico spettante al pediatra da incaricare è a carico del pediatra titolare ed è calcolato nella misura del 30% del compenso della quota capitaria del presente ACN. Ai pediatri da incaricare spettano i compensi per le prestazioni eseguite nel periodo di affiancamento relativi alle quote variabili per compensi/servizi calcolati in base al tipo ed ai volumi di prestazioni concordate a livello regionale ed aziendale.

ART. 7

ANTICIPO DELLA PRESTAZIONE PREVIDENZIALE (APP)

1. A seguito della manifestazione di volontà, di cui all'art. 6, comma 4, la Fondazione ENPAM, previa presentazione della domanda di APP, provvede ad erogare la prestazione al pediatra titolare.

ART. 8

TRATTAMENTO ECONOMICO DEL PEDIATRA TITOLARE

1. I compensi a qualunque titolo dovuti per l'attività convenzionale al pediatra titolare che accede alla APP sono diminuiti in misura pari alla percentuale di riduzione dell'attività di cui all'art. 2, comma 2, lett. b).

ART. 9

INSTAURAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE DEL PEDIATRA INCARICATO APP

1. A seguito della manifestazione di volontà di cui all'art. 6, comma 4, viene instaurato il rapporto convenzionale con il pediatra da incaricare mediante conferimento di incarico a tempo indeterminato.
2. L'incarico di cui al comma 1 comporta l'obbligo di svolgere la quota percentuale di attività resasi disponibile a seguito della riduzione operata dal pediatra titolare.
3. All'atto del pensionamento definitivo del pediatra titolare ovvero della cessazione del rapporto per qualsiasi causa di entrambi i pediatri, cessano gli obblighi di cui al precedente comma 2.
4. Il pediatra incaricato APP di cui al presente articolo non può concorrere per trasferimento all'assegnazione di incarichi per la copertura di ambiti territoriali carenti. In caso di rinuncia o cessazione per qualsiasi ragione dall'incarico APP, il pediatra può accedere nuovamente alla procedura trascorsi due anni dalla cessazione dell'incarico APP.

ART. 10

TRATTAMENTO ECONOMICO DEL PEDIATRA INCARICATO APP

1. Al pediatra incaricato APP spetta la quota dei compensi a qualunque titolo dovuti per l'attività convenzionale al pediatra titolare, pari alla percentuale di riduzione dell'attività di cui all'art. 2, comma 2, lett. b).

ART. 11

SOSPENSIONE E CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ CONVENZIONALE - SOSTITUZIONI

1. Nei casi di sospensione dall'attività convenzionale di cui all'articolo 21 del presente ACN, fermo restando l'obbligo di sostituzione previsto dal presente Accordo, è data facoltà al pediatra titolare e al pediatra incaricato APP di nominarsi reciprocamente quale pediatra sostituto. I rapporti economici fra pediatra sostituto e pediatra sostituito sono regolati ai sensi dell'articolo 34 del presente Accordo.
2. In caso di cessazione dal rapporto convenzionale del pediatra incaricato APP, nelle more dell'attivazione di una nuova procedura APP, l'Azienda provvede a designare il sostituto avvalendosi delle graduatorie aziendali di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 7 del

presente Accordo. Il compenso spettante al sostituto del pediatra incaricato APP è quello previsto dall'art. 10 del presente Allegato.

ART. 12

NORMA FINALE

1. Per quanto non espressamente disciplinato, si applicano le disposizioni del presente ACN.

*Il modulo A di cui al presente Allegato è predisposto e pubblicato a cura dell'ENPAM. I moduli B, C e D sono pubblicati sul sito *web* della SISAC (https://www.sisac.info).

ALLEGATO 6 – CODICE DI COMPORTAMENTO DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA.

1. Il pediatra di libera scelta, tenuto conto della necessità di garantire la migliore qualità del servizio, nello svolgimento della propria attività deve, in particolare:

   a) mantenere nei rapporti interpersonali con gli utenti e terzi un comportamento adeguato al proprio ruolo ed una condotta informata a principi di correttezza e rispetto ed astenersi da comportamenti lesivi della dignità della persona;

   b) assicurare lo svolgimento dei propri compiti nel rispetto della normativa contrattuale, della legislazione vigente e, per quanto di pertinenza, dei programmi di attività concordati con l'Azienda Sanitaria;

   c) assicurare l'attività nel rispetto delle funzioni e del regolamento organizzativo della AFT o UCCP;

   d) astenersi dal partecipare, nell'espletamento delle proprie funzioni, all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere direttamente o indirettamente interessi personali propri, del coniuge, dei parenti e degli affini entro il secondo grado e dei conviventi;

   e) astenersi dal chiedere pagamenti non dovuti per prestazioni rese ai propri assistiti o agli utenti, o accettare omaggi o altre utilità per sé o per i propri familiari, se non nei limiti delle normali relazioni di cortesia e salvo quelli d'uso, purché di modico valore;

   f) astenersi dal generare condizioni causa d'incompatibilità;

   g) rispettare le norme di legge e le disposizioni contrattuali in materia di esercizio dell'attività libero professionale;

   h) applicare le disposizioni vigenti in materia di attestazione di malattia e di certificazione per l'astensione dal lavoro per malattia del figlio;

   i) assicurare il rispetto delle norme vigenti in materia di segreto d'ufficio, riservatezza e protezione dei dati personali;

   j) non utilizzare a fini privati le informazioni di cui disponga per ragioni d'ufficio;

   k) non utilizzare beni e strumenti dell'Azienda, preordinati all'espletamento dell'attività istituzionale, per finalità private o diverse da quelle previste;

   l) avere cura dei locali o altri beni strumentali affidati dall'Azienda in ragione dell'attività prestata.

ALLEGATO 7 – PRESTAZIONI AGGIUNTIVE.

1. Le prestazioni aggiuntive eseguibili dai pediatri sono quelle elencate nel nomenclatore tariffario del presente Allegato.
2. Salvo che sia diversamente previsto dal nomenclatore-tariffario, le prestazioni sono eseguite nello studio professionale del pediatra di libera scelta o a domicilio dell'utente a seconda delle condizioni di salute del paziente.
3. Per l'esecuzione delle prestazioni di cui al comma 1) lo studio professionale del pediatra deve essere adeguatamente attrezzato; fermo restando il potere-dovere dell'Azienda di esercitare i previsti controlli sull'idoneità dello studio professionale, il pediatra è tenuto a rilasciare apposita dichiarazione scritta indicante le prestazioni per la effettuazione delle quali il proprio studio è dotato delle corrispondenti necessarie attrezzature.
4. Ai fini del pagamento dei compensi per le prestazioni aggiuntive il pediatra è tenuto ad inviare entro il giorno 15 di ciascun mese il riepilogo delle prestazioni eseguite nel corso del mese precedente. Per ciascuna prestazione, la distinta deve indicare data di effettuazione, nome, cognome, e codice fiscale dell'assistito, fatte salve diverse modalità adottate a livello aziendale.
5. Se la prestazione aggiuntiva è eseguita previa autorizzazione sanitaria dell'Azienda, la distinta deve riportare i dati dell'autorizzazione.
6. Al pediatra spettano i compensi omnicomprensivi indicati nel nomenclatore-tariffario. Nessun onere a qualsiasi titolo può far carico all'assistito. I compensi per le prestazioni aggiuntive sono corrisposti entro il secondo mese successivo a quello dell'invio della distinta di cui al punto 4).

NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI PROFESSIONALI AGGIUNTIVE

A) PRESTAZIONI ESEGUIBILI SENZA AUTORIZZAZIONE

1. Sutura di ferita superficiale	3,36
2. Rimozione di punti di sutura e medicazione	12,34
3. Fleboclisi (unica: eseguibile in caso di intervento di urgenza)	12,34
4. Tamponamento nasale anteriore	5,63
5. Rimozione tappo di cerume	7,18
6. Rimozione di corpo estraneo	7,18
7. Prima medicazione (*)	12,34
8. Medicazioni successive	6,15
9. Toilette di perionichia supporata	12,34
10. Riduzione della pronazione dolorosa dell'ulna	10,23

11. Riduzione della sublussazione articolare scapolo-omerale	15,91
12. Terapia iniettoria desensibilizzante (per seduta)	9,24
13. Asportazione di verruche	8,68
14. Iniezione endovenosa	6,15
15. Trattamento provvisorio di frattura o lussazione mediante immobilizzazione con materiale idoneo	
- piccoli segmenti	12,96
- grandi segmenti	17,25
16. Frenulectomia linguale	14,67
17. Cateterismo vescicale	9,09
18. Drenaggio di ascesso sottocutaneo	37,18

PRESTAZIONI ESEGUIBILI CON AUTORIZZAZIONE SANITARIA

19. Boel test	21,43
20. Screening per l'ambliopia	21,43

(*) per la prima medicazione va intesa quella eseguita su ferita non precedentemente medicata. In caso di sutura si aggiunge la relativa tariffa.

B) VACCINAZIONI

Nell'ambito di programmi vaccinali, secondo il modello organizzativo regionale di cui all'articolo 4, comma 1, lettera b).

C) PRESTAZIONI DI TIPO DIAGNOSTICO ESEGUIBILI NELL'AMBITO DI ACCORDI REGIONALI

Gli accordi regionali possono prevedere lo svolgimento, da parte del pediatra di prestazioni aggiuntive retribuite, sia singole per il chiarimento del quesito diagnostico od il monitoraggio delle patologie, che programmate, nell'ambito di un progetto volto all'attuazione di linee guida o di processi assistenziali o di quant'altro venga concordato.

ALLEGATO 8 – ASSISTENZA DOMICILIARE AI BAMBINI CON PATOLOGIA CRONICA.

ART. 1

DEFINIZIONE

1. L'assistenza ai bambini con patologia cronica è costituita da un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, socio-assistenziali, rese al domicilio del bambino e orientate in maniera da poter garantire il raggiungimento di specifici obiettivi di benessere, secondo piani di assistenza individualizzati, definiti anche con la partecipazione di più figure professionali.

   Consente altresì di garantire un effettivo supporto alle famiglie, attraverso interventi di natura assistenziale mirate anche ad evitare il ricovero del bambino o la sua istituzionalizzazione. Consente infine una presa in carico globale del paziente da parte dei servizi territoriali, attraverso la definizione di percorsi di cura e assistenza concordati con le Unità Operative Aziendali e mirati al superamento dei momenti critici per il bambino e per la famiglia.

2. L'assistenza domiciliare a bambini con patologia cronica (ADI; ADP) è svolta assicurando al domicilio del paziente, con le modalità e le cadenze temporali definite nel programma concordato con il Responsabile di Distretto:

   - ✓ il monitoraggio dello stato di salute dell'assistito con particolare riferimento alla diagnosi precoce dei possibili eventi invalidanti correlati con la specifica patologia cronica;
   - ✓ il controllo dello sviluppo psicofisico del bambino;
   - ✓ la predisposizione ed attivazione di programmi individuali con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica;
   - ✓ le indicazioni ai familiari circa eventuali trattamenti dietetici, particolari bisogni diagnostici e specifici programmi terapeutici;
   - ✓ l'attivazione di un sistema di rilevazione che consenta la realizzazione di registri specifici per patologie in modo da fornire dati oggettivi circa l'impatto epidemiologico della patologia nello specifico territorio;
   - ✓ l'individuazione di un riferimento unico anche per le altre figure professionali o équipe socio sanitari che operano nella Azienda in modo da fornire un coordinamento agli interventi di prevenzione, trattamento e riabilitazione socio sanitaria nel suo complesso.

ART. 2

OBIETTIVI

1. Gli obiettivi del servizio sono:

   - ✓ aumentare il livello di integrazione sociale del minore e della famiglia eliminando il rischio di istituzionalizzazione o riducendo lo stesso per i periodi strettamente necessari a garantire programmi riabilitativi;
   - ✓ il contenimento delle complicanze invalidanti di tipo irreversibile;
   - ✓ la promozione della permanenza dei minori in famiglia;

- ✓ la razionalizzazione degli interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi in piccoli pazienti con riacutizzazione di patologie croniche;
- ✓ l'avvio di interventi di dimissione protetta e/o ospedalizzazione domiciliare;
- ✓ la riduzione di ricoveri impropri nonché dell'utilizzo improprio dei servizi ospedalieri;
- ✓ la creazione di reti di servizi tra loro fortemente integrati, afferenti al sistema sanitario e a quello socio-assistenziale di competenza comunale, in grado di assumere, anche mediante l'uso delle più moderne tecnologie, la responsabilità di gestire i problemi del bambino fragile.

ART. 3

DESTINATARI DELL'ASSISTENZA

1. Fatta salva diversa determinazione regionale nell'ambito degli accordi decentrati, il servizio viene attivato nel caso di pazienti affetti dalle patologie di seguito elencate:
   - ✓ asma grave;
   - ✓ fibrosi cistica;
   - ✓ malattie cromosomiche e/o genetiche invalidanti;
   - ✓ sindrome di Down;
   - ✓ cardiopatie congenite a rischio di scompenso emodinamico;
   - ✓ artropatie con grave limitazione funzionale;
   - ✓ artrite reumatoide giovanile;
   - ✓ patologie oncoematologiche;
   - ✓ cerebropatie e cerebrolesioni, con forme gravi;
   - ✓ tetraplegia;
   - ✓ autismo e altre psicosi;
   - ✓ epilessie;
   - ✓ immunodeficienza congenita ed acquisita;
   - ✓ diabete mellito;
   - ✓ neonati a rischio di deficit neurosensoriali;
   - ✓ bambini con gravi situazioni di disagio socio-familiare (es. figlio di tossicodipendenti, famiglia non responsabile, bambino violato) o già sottoposti a provvedimenti tutelari da parte del Tribunale dei minori.

ART. 4

PROCEDURE PER L'ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA

1. Il servizio è attivato dal pediatra di libera scelta di concerto con il Distretto di residenza del paziente anche su segnalazione di:
   - ✓ il responsabile dell'Unità Operativa ospedaliera all'atto della dimissione;

- ✓ servizi sociali;
- ✓ familiari del paziente.

2. Per ogni singolo paziente il pediatra propone un programma articolato di interventi socio sanitari. Tale programma deve essere concordato con il Distretto e dovrà contenere anche gli interventi demandati, per competenza, ad altri operatori della Azienda, nonché i momenti di verifica degli interventi stessi.
3. Il Distretto comunica l'ingresso in assistenza integrata del paziente entro 48 ore.
4. Il pediatra di libera scelta, nell'ambito degli interventi assistenziali:
   - ✓ ha la responsabilità unica e complessiva del paziente;
   - ✓ assicura gli interventi ambulatoriali e domiciliari ai pazienti destinatari dell'intervento, con le modalità e le cadenze previste dal programma concordato;
   - ✓ compila la scheda degli accessi fornita dall'Azienda presso il domicilio del paziente sulla quale vengono riportati gli interventi.
5. Previo accordo con il Distretto:
   - ✓ attiva le eventuali consulenze specialistiche;
   - ✓ attiva gli interventi infermieristici, riabilitativi e sociali programmati;
   - ✓ coordina gli operatori per rispondere ai bisogni del paziente.

ART. 5

COMPENSO ECONOMICO

1. Al pediatra oltre all'ordinario trattamento economico è corrisposto un compenso omnicomprensivo a quota variabile di Euro 18,90, per ogni accesso domiciliare, per bambino con patologia cronica.
2. La liquidazione deve avvenire entro il secondo mese successivo al termine del programma, che viene definito con durata massima annuale. La documentazione degli interventi eseguiti è presentata all'Azienda secondo le modalità e i tempi concordati.
3. I compensi di cui al comma 1) possono essere incrementati a seguito di specifici accordi aziendali che tengano conto del raggiungimento di predefiniti obiettivi relativi alle patologie di cui al presente allegato.

ART. 6

DOCUMENTAZIONE DI DISTRETTO

1. Presso ogni Distretto, è curata la tenuta di un fascicolo per ciascun pediatra che eroga l'assistenza di cui agli articoli precedenti.
2. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti ed i moduli per l'assistenza domiciliare.

ART. 7

VERIFICHE

1. Il dirigente medico responsabile del competente servizio dell'Azienda e i responsabili distrettuali delle attività sanitarie, possono in ogni momento verificare l'effettiva erogazione delle prestazioni previste nei programmi di assistenza.
2. Eventuali conseguenti iniziative vengono proposte ed assunte in accordo con il pediatra di libera scelta.
3. L'assistenza può essere non attivata o sospesa, motivatamente, sia dal pediatra che dall'Azienda, salvaguardando comunque le esigenze socio sanitarie del paziente.

ART. 8

ACCORDI DECENTRATI

1. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei differenti contenuti e modalità di attuazione del presente Allegato.

ALLEGATO 9 – ASSISTENZA AMBULATORIALE A BAMBINI CON PATOLOGIA CRONICA.

ART. 1

1. L'assistenza ambulatoriale a bambini con patologia cronica è svolta assicurando presso lo studio del pediatra controlli clinici periodici: settimanali o quindicinali o mensili o a scadenze temporali definite in relazione alle eventuali esigenze del paziente per:
   - ✓ il monitoraggio dello stato di salute dell'assistito con particolare riferimento alla diagnosi precoce dei possibili eventi invalidanti correlati con la specifica patologia cronica;
   - ✓ il controllo dello sviluppo psicofisico del bambino;
   - ✓ la predisposizione ed attivazione di programmi individuali con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica;
   - ✓ le indicazioni ai familiari circa eventuali trattamenti dietetici, particolari bisogni diagnostici e specifici programmi terapeutici;
   - ✓ l'attivazione di un sistema di rilevazione che consenta la realizzazione di registri specifici per patologie in modo da fornire dati oggettivi circa l'impatto epidemiologico della patologia nello specifico territorio;
   - ✓ l'individuazione di un riferimento unico anche per le altre figure professionali o équipe socio sanitari che operano nella Azienda in modo da fornire un coordinamento agli interventi di prevenzione, trattamento e riabilitazione socio sanitaria nel suo complesso.

ART. 2

ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO AMBULATORIALE

1. Fatta salva diversa determinazione regionale nell'ambito degli accordi decentrati, il servizio viene attivato nel caso di pazienti affetti dalle patologie di seguito elencate:
   - ✓ Allergie gravi
   - ✓ Asma
   - ✓ Fibrosi cistica
   - ✓ Malattia celiaca
   - ✓ Malattie cromosomiche e/ o genetiche
   - ✓ Sindrome di Down
   - ✓ Cardiopatie congenite a rischio di scompenso emodinamico
   - ✓ Gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione
   - ✓ Artrite reumatoide giovanile
   - ✓ Patologie oncoematologiche
   - ✓ Cerebropatie e cerebrolesioni, con forme gravi
   - ✓ Tetraplegia
   - ✓ Disturbi del comportamento

- ✓ Epilessie
- ✓ Immunodeficienza congenita e acquisita
- ✓ Diabete mellito
- ✓ Neonati a rischio di deficit neurosensoriali (secondo il percorso allegato)
- ✓ Bambini con gravi situazioni di disagio socio-familiare (es. figlio di tossicodipendenti, famiglia non responsabile, bambino violato) o già sottoposti a provvedimenti tutelari da parte del Tribunale dei minori.

ART. 3

1. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono le procedure per l'attivazione dell'assistenza, i compensi economici e le modalità di pagamento. Di seguito si forniscono indirizzi applicativi.
2. La segnalazione del caso che necessita di assistenza ambulatoriale può essere effettuata dal pediatra di libera scelta, dai competenti servizi sanitari e sociali e dal genitore/tutore legale.
3. L'esame del programma da parte del medico dell'Azienda deve avvenire, di norma, entro 7 giorni dalla segnalazione effettuata, secondo le modalità di cui sopra, al Distretto di residenza dell'assistito.
4. Al pediatra oltre all'ordinario trattamento economico è corrisposto un compenso omnicomprensivo di Euro 18,90 per accesso.
5. Gli accessi devono essere effettivi e devono rispettare le cadenze previste dal programma concordato.
6. Per la liquidazione dei compensi il medico segnala al Distretto, entro 10 giorni del mese successivo a quello di effettuazione della prestazione, tramite apposito riepilogo, il cognome, nome e codice fiscale dell'assistito e il numero degli accessi effettivamente avvenuti sulla base di quanto concordato.
7. La liquidazione deve avvenire nel secondo mese successivo alla effettuazione delle prestazioni, che devono essere documentate alla Azienda nei tempi previsti.

ALLEGATO 10 – PROGETTO SALUTE INFANZIA.

1. Le Regioni, nell'ambito della propria autonomia programmatoria, prevedono l'attivazione del «Progetto salute infanzia», che rappresenta un qualificato sviluppo del programma delle «visite età filtro» previsto nei previgenti Accordi. Il «Progetto salute infanzia», salve diverse determinazioni regionali, è costituito da un piano base che preveda almeno sei bilanci di salute, pianificati in età che possono permettere adeguati interventi di educazione sanitaria e profilassi delle malattie infettive in coerenza con il Patto per la Salute e con il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale, in particolare, ha l'obiettivo di:
   a) rilevamento epidemiologico sulla popolazione infantile delle patologie invalidanti e delle patologie emergenti;
   b) rilevamento di fattori di rischio sociale, neuroevolutivo, sensoriale e di sviluppo per effettuare una precoce diagnosi e presa in carico delle patologie croniche;
   c) effettuazione di adeguati interventi di educazione sanitaria;
   d) promozione e controllo della profilassi delle malattie infettive tramite informazione sulle vaccinazioni (calendario, vantaggi ed effetti collaterali).
2. Il pediatra è tenuto all'esecuzione delle visite età filtro secondo protocolli operativi, conformi al piano base del presente progetto, definiti mediante Accordi a livello regionale.
3. Tali protocolli devono prevedere un minimo di cinque bilanci di salute da eseguirsi nella fascia d'età zero sei anni secondo le tabelle seguenti, fatti salvi diversi Accordi regionali che possono prevedere lo svolgimento di ulteriori bilanci di salute di cui due entro il sesto anno di vita ed altri entro il periodo adolescenziale, per gli assistiti in carico. Al pediatra per ciascuno dei bilanci di salute spetta un compenso lordo di Euro 12,91, detratta la quota ENPAM a carico dell'Azienda.
4. La liquidazione dei compensi deve avvenire entro il secondo mese successivo alla presentazione del riepilogo. Il «Progetto salute infanzia» può prevedere, inoltre, livelli di implementazione legati ad obiettivi di educazione sanitaria e di profilassi delle malattie infettive e ulteriori azioni integrative che saranno oggetto di specifici accordi a livello regionale.
5. Qualora tali implementazioni dovessero rientrare nell'ambito di uno specifico progetto le Regioni, d'intesa con le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale, rideterminano i compensi.
6. Al fine di garantire l'opportunità di usufruire del «Progetto salute infanzia» a tutti gli assistiti ed in particolare a quelli appartenenti alle fasce sociali svantaggiate, le Aziende dovranno informare adeguatamente le famiglie sui tempi di esecuzione del progetto ed invitarle al puntuale rispetto delle scadenze previste.

PIANO BASE		**PRIMO LIVELLO DI IMPLEMENTO**			**SECONDO LIVELLO DI IMPLEMENTO**
BILANCI DI SALUTE		OBIETTIVI			
ETA'	INTERVENTO	MODULO DI EDUCAZIONE SANITARIA	MODULO DI PROFILASSI MALATTIE INFETTIVE	AZIONE ESECUTIVA	AZIONE INTEGRATIVA
60/90 gg	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica. Valutazione psicomotoria e sensoriale	Prevenzione incidenti da trasporto in auto. Prevenzione Sids Prevenzione complicanze da fumo passivo Sostegno all'allattamento al seno	Promuovere i livelli di copertura per le vaccinazioni previste dai calendari vaccinali	Linea guida: -trasporto sicuro in auto -prevenzione Sids -fumo passivo -aspetti nutrizionali Consenso informato sulle vaccinazioni Informazioni reazioni avverse ai vaccini	Riflesso rosso Riflessi pupillari Questionario di rilevazione delle capacità uditive Vaccinazioni
180 gg +/- 30gg	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale	Prevenzione incidenti domestici	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura vaccinale previsti	Linea guida caduta e pericoli sul fasciatoio	Questionario di rilevazione delle capacità uditive Riflesso pupillare alla luce Riflesso rosso
-30 gg 360 gg +60 gg	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale	Prevenzione incidenti Prevenzione disturbi alimentari soprappeso ed obesità	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura vaccinale previsti	Presentazione MPR e recupero ritardi vaccinali Linea guida pericoli da caduta, soffocamento, corpi estranei, ecc... Linee guida nutrizionali	Cover test VACCINAZIONI
24 mesi +/- 120gg.	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale. Valutazione linguaggio	Prevenzione incidenti Prevenzione disturbi alimentari soprappeso ed obesità	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura e recupero dei ritardi vaccinali	Linea guida pericoli da caduta, soffocamento, corpi estranei, ecc. Linee guida nutrizionali	Stereo test di Lang Cover test
3 anni +/- 180gg.	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale. Valutazione linguaggio	Prevenzione incidenti Prevenzione disturbi alimentari soprappeso ed obesità	Recupero dei ritardi vaccinali	Linee guida nutrizionali	Vaccinazione Stereo test di Lang
5/6 anni	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale Valutazione linguaggio	Prevenzione incidenti Prevenzione disturbi alimentari soprappeso ed obesità	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura e recupero dei ritardi vaccinali	Sostegno al regolare completamento del ciclo vaccinale Linee guida nutrizionali	Vaccinazione Podoscopia Test di acuità visiva

22A02869

INTESA 28 aprile 2022.

Intesa, ai sensi dell'Accordo Stato-regioni del 5 dicembre 2013, Rep. Atti n. 164/CSR, sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 8 del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni - Triennio normativo 2016-2018. (Rep. Atti n. 71/CSR 28 aprile 2022).

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 28 aprile 2022;

Vista la legge 26 maggio 2004, n. 138 di conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, che all'art. 2-*nonies* dispone che l'accordo collettivo nazionale concernente il personale sanitario a rapporto convenzionale è reso esecutivo con intesa sancita in Conferenza Stato-regioni;

Visto l'Accordo Stato-regioni del 5 dicembre 2013 avente ad oggetto la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli accordi con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale (Rep. atti n. 164/CSR);

Vista la nota pervenuta a questo Ufficio di segreteria il 15 aprile 2022, con la quale la Conferenza delle regioni e delle province autonome, al fine di completare l'*iter* procedurale con il perfezionamento della prevista intesa in sede di Conferenza Stato-regioni, ha trasmesso copia dell'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni - Triennio normativo 2016-2018 (sottoscritta in data 20 gennaio 2022), con allegati i seguenti documenti:

parere positivo del Comitato di settore comparto regioni-sanità;

certificazione positiva della Corte dei conti;

Vista la nota DAR 6491 del 22 aprile, con la quale è stata diramata l'ipotesi di accordo collettivo in argomento;

Considerato che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano hanno espresso avviso favorevole al perfezionamento dell'intesa sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni - Triennio normativo 2016-2018;

Acquisito, quindi, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano;

Sancisce intesa:

sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni - Triennio normativo 2016-2018, che in allegato A al presente atto, ne costituisce parte integrante.

Roma, 28 aprile 2022

Il Presidente: GELMINI

Il segretario: LO RUSSO

ALLEGATO *A*

SISAC
Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati

IPOTESI DI ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.LGS. N. 502 DEL 1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI – TRIENNIO 2016-2018

In data 20 gennaio 2022 alle ore 12:00, ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'Ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'articolo 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni tra

la **SISAC** nella persona del Coordinatore dott. Marco Luca Caroli *firmato*

E LE SEGUENTI ORGANIZZAZIONI SINDACALI:

FIMMG *firmato*

SNAMI *firmato*

SMI *firmato*

FEDERAZIONE CISL MEDICI *firmato*

Vista la Legge 23 dicembre 1978, n. 833;

Visto il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive integrazioni e modificazioni;

Visto l'articolo 4, comma 9, Legge 30 dicembre 1991, n. 412 e successive integrazioni e modificazioni;

Vista la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, recante modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione della Repubblica Italiana;

Visto l'articolo 52, comma 27, Legge 27 dicembre 2002, n. 289 e successive integrazioni e modificazioni;

Vista la Legge 8 novembre 2012, n. 189;

Visto il Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 di cui all'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome (Rep. 82/CSR del 10 luglio 2014);

Visto il Patto per la Salute per gli anni 2019-2021 di cui all'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome (Rep. 209/CSR del 18 dicembre 2019);

Visto l'Accordo tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, il Ministero della Salute, il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, avente ad oggetto la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli Accordi con il personale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 52, comma 27 della Legge 27 dicembre 2002, n. 289, del 5 dicembre 2013 (Rep. 164/CSR);

Visto l'articolo 2 nonies della Legge 26 maggio 2004, n. 138;

Visto l'articolo 2, comma 283, lettera a) della Legge 24 dicembre 2007, n. 244 ed il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008;

Visto l'Accordo Stato-Regioni nella Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome del 29 luglio 2004;

Visto l'articolo 1, comma 178 della Legge 30 dicembre 2004, n. 311;

Visto l'articolo 1, comma 470 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208;

Vista la Legge 11 dicembre 2016, n. 232;

Visto l'articolo 1, comma 683 della Legge 27 dicembre 2017, n. 205;

Visto l'articolo 9-quater del Decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78 convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2015, n. 125;

Visto l'articolo 9 del Decreto-legge 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12;

Visto l'articolo 12 del Decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60;

Visto il Decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23 convertito, con modificazioni, dalla Legge 5 giugno 2020 n. 40;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 settembre 2015, n. 178 recante regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico (FSE);

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 febbraio 2017;

Visto l'articolo 12 del Decreto Ministero della Salute 7 marzo 2006, Principi fondamentali per la disciplina unitaria in materia di formazione specifica in medicina generale;

Vista l'Intesa Stato-Regioni, n. 10/CSR del 19 gennaio 2017, Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019»;

Vista l'Intesa Stato-Regioni, n. 28/CSR del 21 febbraio 2019, Intesa sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019- 2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 36/CSR del 7 febbraio 2013 recante linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale;

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 160/CSR del 15 settembre 2016, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Piano nazionale della cronicità" di cui all'art. 5, comma 21, dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016";

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 221/CSR del 24 novembre 2016, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117";

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 14/CSR del 2 febbraio 2017, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "La formazione continua nel settore salute";

Vista l'Intesa Stato-Regioni, n. 112/CSR del 21 giugno 2018, Intesa, sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 5 dicembre 2013, rep. atti n. 164/CSR, sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale- triennio 2016-2018;

Vista l'Intesa Stato-Regioni, n. 85/CSR del 18 giugno 2020, Intesa, sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 5 dicembre 2013, rep. atti n. 164/CSR, sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale- triennio 2016-2018.

Al termine della riunione, le parti hanno sottoscritto l'allegato Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

INDICE

TITOLO I – DISPOSIZIONI GENERALI

CAPO I – CONTESTO ISTITUZIONALE

ART. 1 – QUADRO DI RIFERIMENTO.

1. Le Regioni e le Province autonome (in seguito Regioni), le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative della medicina generale (in seguito Organizzazioni Sindacali) con il presente Accordo definiscono le condizioni per il rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale, come disposto dall'articolo 8 del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni.
2. La sostenibilità economica del Servizio Sanitario Nazionale e la crescente esigenza di qualificazione dei servizi sanitari territoriali richiedono una nuova organizzazione del sistema delle cure primarie valorizzando i medici di medicina generale e promuovendo l'integrazione con altre figure professionali. Con il presente rinnovo contrattuale si dà attuazione alla riforma introdotta nell'ordinamento vigente con la Legge 8 novembre 2012, n. 189, con riferimento in particolare alle disposizioni contenute nell'articolo 1.
3. II quadro istituzionale, con Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, che modifica il Titolo V della Costituzione, affida piena potestà alle Regioni sul piano legislativo e regolamentare in materia di salute, fatte salve le competenze attribuite dalle norme allo Stato. Il rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale deve riuscire a coniugare il quadro istituzionale con il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale. Le Regioni rispettano le clausole del presente Accordo applicandone i principi negli Accordi decentrati al fine del miglioramento della qualità dell'assistenza, dell'uniforme applicazione sull'intero territorio regionale e della tutela del rapporto individuale di lavoro con i medici convenzionati, valorizzando il rapporto fiduciario medico-paziente.
4. Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali ribadiscono la validità del Servizio Sanitario Nazionale solidale, universale ed equo, quale organizzazione fondamentale per la tutela e la promozione della salute.
5. Nel contesto legislativo e regolamentare in cui opera, il presente Accordo Collettivo Nazionale risponde anche agli indirizzi del Patto per la Salute, con particolare riferimento a PDTA, cronicità, integrazione sociosanitaria, valorizzazione del territorio, nonché agli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale ai sensi dell'articolo 4.

ART. 2 – CAMPO DI APPLICAZIONE E DURATA DELL'ACCORDO.

1. Ai sensi dell'articolo 8, comma 1, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni il presente Accordo Collettivo Nazionale regola sotto il profilo economico e giuridico l'esercizio delle attività professionali tra i medici di medicina generale convenzionati e le Aziende sanitarie, per lo svolgimento, nell'ambito e nell'interesse del S.S.N., dei compiti e delle attività relativi ai settori di:

   a) ruolo unico di assistenza primaria;

   b) medicina dei servizi territoriali;

   c) emergenza sanitaria territoriale;

   d) assistenza negli istituti penitenziari.

2. Ai sensi della Legge 8 novembre 2012, n. 189 e secondo quanto previsto dal presente Accordo, i settori dell'assistenza primaria e della continuità assistenziale di cui all'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. confluiscono nel settore ruolo unico di assistenza primaria di cui al comma 1, lettera a).

3. L'assetto organizzativo è determinato dalla programmazione regionale nel rispetto della normativa vigente e del presente ACN.

4. In questo contesto e in ottemperanza alle vigenti disposizioni di legge, il medico di medicina generale esercita un'attività libero-professionale contrattualizzata e regolamentata dall'ACN nel rispetto del modello organizzativo regionale e per il perseguimento delle finalità del S.S.N..

5. Il presente Accordo, relativo al triennio 2016-2018, entra in vigore dalla data di assunzione del relativo provvedimento da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome e rimane in vigore fino alla stipula del successivo Accordo.

ART. 3 – LIVELLI DI CONTRATTAZIONE.

1. L'Accordo Collettivo Nazionale si caratterizza come momento organizzativo ed elemento unificante del S.S.N., nonché come strumento di garanzia per i cittadini e per gli operatori.
2. I tre livelli di negoziazione previsti dalla normativa vigente (nazionale, regionale e aziendale) devono risultare coerenti col quadro istituzionale vigente, rispettando i principi di complementarietà e mutua esclusione che devono rendere razionale l'intero processo di contrattazione.
3. Il livello di negoziazione nazionale si svolge attorno ad aspetti di ordine generale quali, ad esempio:
    a) la definizione dei compiti, delle funzioni e dei relativi livelli di responsabilità del personale sanitario convenzionato, a partire dall'attuazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza;
    b) la dotazione finanziaria a disposizione dei tre livelli di negoziazione per gli incrementi da riconoscere al personale medico convenzionato in occasione del rinnovo contrattuale;
    c) la definizione e le modalità di distribuzione dell'onorario professionale (parte economica fissa);
    d) la definizione della parte variabile del compenso;
    e) la rappresentatività sindacale, nazionale, regionale ed aziendale;
    f) la definizione di requisiti e criteri per l'accesso ed il mantenimento della convenzione;
    g) la responsabilità delle Regioni e delle Aziende sanitarie nei confronti della piena applicazione dell'Accordo Collettivo Nazionale.
4. Il livello di negoziazione regionale, Accordo Integrativo Regionale (AIR), definisce obiettivi di salute, percorsi, indicatori e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con la programmazione e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale, anche in considerazione di quanto previsto dal successivo articolo 4, nonché le materie esplicitamente rinviate dal presente Accordo. Le Regioni e le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo si impegnano a definire gli Accordi Integrativi Regionali entro il termine di cui al successivo articolo 8, comma 3.
5. Il livello di negoziazione aziendale, Accordo Attuativo Aziendale (AAA), specifica i progetti e le attività dei medici convenzionati necessari all'attuazione degli obiettivi e dei modelli organizzativi individuati dalla programmazione regionale, tenuto conto anche della programmazione di cui all'articolo 13.
6. Ai sensi dell'articolo 40, comma 3-quinquies del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i., come richiamato dall'articolo 52, comma 27 della L. 27 dicembre 2002, n. 289, eventuali clausole degli Accordi regionali ed aziendali difformi rispetto al presente Accordo sono nulle, non possono essere applicate e sono sostituite ai sensi degli articoli 1339 e 1419, secondo comma, del Codice Civile.
7. Gli Accordi regionali ed aziendali sono trasmessi alla SISAC ed ai rispettivi Comitati regionali entro 30 (trenta) giorni dalla entrata in vigore.

ART. 4 – OBIETTIVI PRIORITARI DI POLITICA SANITARIA NAZIONALE.

1. La programmazione regionale finalizzerà gli AAIIRR alle esigenze assistenziali del proprio territorio, anche attraverso la definizione di indicatori di *performance*, di processo e di risultato su obiettivi di salute dei cittadini e tenendo conto anche degli indirizzi di politica sanitaria nazionale in tema di attuazione degli obiettivi prioritari declinati nelle seguenti lettere:

   a) *PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ (P.N.C.).* Il miglioramento delle condizioni sociosanitarie e l'aumento della sopravvivenza, parallelamente all'invecchiamento della popolazione, hanno prodotto un progressivo incremento delle malattie ad andamento cronico, spesso presenti contemporaneamente nello stesso individuo. Il P.N.C. impegna le Regioni nella programmazione di un disegno strategico centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi ed una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. Per migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), in coerenza con le scelte di programmazione regionale, gli AAIIRR prevedono l'attiva partecipazione dei medici di medicina generale nella valutazione dei casi sottoposti alle loro cure, che si esplica nell'individuazione della terapia ritenuta più idonea ad assicurare la tutela della salute del paziente. Gli AAIIRR, nel rispetto del P.N.C., definiscono altresì il ruolo dei medici nell'ambito del coordinamento clinico (definizione del Piano di cura e stipula del Patto di cura) necessario alla presa in carico delle persone affette da patologie croniche per rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza assicurando, così, maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

   b) *PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE (P.N.P.V.) 2017-2019.* La riduzione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino rappresenta una priorità per il nostro Paese, da realizzare attraverso strategie efficaci ed omogenee sul territorio nazionale. Il P.N.P.V. 2017-2019 propone il nuovo calendario nazionale delle vaccinazioni attivamente e gratuitamente offerte alla popolazione per fasce d'età e dedicate agli interventi vaccinali destinati a particolari categorie a rischio. Le Regioni sono impegnate a individuare il modello organizzativo necessario a garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale e nell'ambito degli AAIIRR prevedono una attiva partecipazione dei medici di medicina generale nelle vaccinazioni e nelle relative attività collegate.

   c) *ACCESSO IMPROPRIO AL PRONTO SOCCORSO.* L'aumento complessivo della domanda di salute, l'evoluzione tecnologica, i cambiamenti demografici e sociali in corso e l'incremento dell'incidenza di malattie croniche e degenerative determinano la necessità di presa in carico globale del cittadino e pongono il tema dell'integrazione dei servizi e della continuità assistenziale al centro delle politiche sanitarie. Pertanto è necessario avviare un riassetto del sistema di domanda/offerta e promuovere un cambiamento culturale relativo alle modalità di approccio al bisogno di salute. In tale contesto gli AAIIRR prevedono l'integrazione nelle reti territoriali dei medici del ruolo unico di assistenza primaria e delle loro forme organizzative con le strutture, con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio, per garantire la continuità dell'assistenza ed evitare, per quanto possibile. l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e/o considerabili inappropriate anche con il coinvolgimento dei medici nelle prestazioni diagnostiche di primo livello collegate all'accesso improprio.

d) *GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA E APPROPRIATEZZA.* Nell'ambito degli AAIIRR, fermo restando la programmazione regionale in tema di prestazioni necessarie e coerenti col fabbisogno, deve essere previsto specificamente il coinvolgimento e la partecipazione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, che distinguano i primi accessi dai percorsi di *follow-up* nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previsti dalle normative vigenti. In particolare, per l'erogazione delle prestazioni potrà essere previsto il coinvolgimento delle forme organizzative dei medici di medicina generale nei processi di *budgeting* aziendali.

ART. 5 – INCREMENTI.

1. Preso atto delle disposizioni assunte dal Governo in materia finanziaria, come da atti di indirizzo pervenuti, le parti concordano che l'erogazione delle risorse relative agli incrementi residui, fatto salvo quanto già disposto ai sensi dell'ACN 18 giugno 2020, secondo le modalità definite dal presente articolo, decorrono dalla scadenza del termine di dei sei mesi dalla fine dell'emergenza pandemica COVID-19 indicati dall'art. 38, comma 2, del DL 8 aprile 2020, n. 23, come modificato dalla Legge di conversione 5 giugno 2020, n. 40. Fino a tale data le risorse restano erogate con le modalità indicate dalla predetta disposizione normativa. Dal giorno successivo la scadenza di tale termine, le medesime risorse vengono riassegnate ai medici di medicina generale, secondo le seguenti tabelle i cui valori sono da considerare al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda:

Medico di ruolo unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta

TABELLA A1

Decorrenza	€/anno per assistito	Riferimento ACN
dal 1° giorno successivo la scadenza del termine di cui all'art. 38, comma 2, del DL 8 aprile 2020, n. 23	1,66	articolo 47, comma 2, lettera B, punto I

Conseguentemente, a far data dal 1° giorno successivo la scadenza del termine di cui all'art. 38, comma 2 del DL 8 aprile 2020, n. 23, il compenso forfetario annuo per assistito di cui all'articolo 47, comma 2, lettera B, punto I, è rideterminato in Euro 4,74 (quattro / 74).

Medico di ruolo unico di Assistenza Primaria ad attività oraria

TABELLA A2

Decorrenza	€/per ora	Riferimento ACN
dal 1° giorno successivo la scadenza del termine di cui all'art. 38, comma 2, del DL 8 aprile 2020, n. 23	0,53	articolo 47, comma 3, lettera A

Conseguentemente, a far data dal 1° giorno successivo la scadenza del termine di cui all'art. 38, comma 2 del DL 8 aprile 2020, n. 23, il compenso orario di cui all'articolo 47, comma 3, lettera A, è rideterminato in Euro 23,39 (ventitré / 39).

Medico di medicina dei Servizi Territoriali

TABELLA A3

Decorrenza	€/per ora	Riferimento ACN
dal 1° giorno successivo la scadenza del termine di cui all'art. 38, comma 2, del DL 8 aprile 2020, n. 23	0,58	articolo 57, comma 1, lettera A, punto I

Conseguentemente, a far data dal 1° giorno successivo la scadenza del termine di cui all'art. 38, comma 2 del DL 8 aprile 2020, n. 23, il compenso orario di cui all'articolo 57, comma 1, lettera A, punto I, è incrementato di Euro 0,58 (zero / 58).

Medico di Emergenza Sanitaria Territoriale

TABELLA A4

Decorrenza	€/per ora	Riferimento ACN
dal 1° giorno successivo la scadenza del termine di cui all'art. 38, comma 2, del DL 8 aprile 2020, n. 23	0,53	articolo 68, comma 1, lettera A

Conseguentemente, a far data dal 1° giorno successivo la scadenza del termine di cui all'art. 38, comma 2 del DL 8 aprile 2020, n. 23, il compenso orario di cui all'articolo 68, comma 1, lettera A, è rideterminato in Euro 23,39 (ventitré / 39).

Medico di assistenza negli Istituti Penitenziari

A far data dall'entrata in vigore del presente Accordo, il compenso orario di cui all'articolo 75, comma 1, è di Euro 23,39 (ventitré / 39).

ART. 6 – FLUSSI INFORMATIVI.

1. I medici di medicina generale assolvono ai compiti informativi derivanti dalla normativa nazionale e dai conseguenti provvedimenti regionali attraverso i sistemi informativi nazionali e regionali mediante la cooperazione ed interoperabilità dei propri applicativi, nel rispetto della normativa sulla *privacy.*
2. Il medico assolve al debito informativo ottemperando in particolare agli obblighi previsti da:
   a) sistema informativo nazionale (NSIS);
   b) tessera sanitaria e ricetta elettronica, inclusa la ricetta dematerializzata;
   c) fascicolo sanitario elettronico (FSE);
   d) certificazione telematica di assenza per malattia del lavoratore dipendente.
3. Il medico assolve, altresì, agli obblighi previsti dal flusso informativo definito a livello regionale, connesso all'attività assistenziale, senza oneri tecnici ed economici per la trasmissione a suo carico.
4. L'inadempienza agli obblighi di cui al comma 2, lettera b), documentata attraverso le verifiche del Sistema Tessera Sanitaria, determina una riduzione del trattamento economico complessivo del medico in misura pari al 1,15% su base annua. La relativa trattenuta è applicata dall'Azienda sanitaria sul trattamento economico percepito nel mese successivo al verificarsi dell'inadempienza. La riduzione non è applicata nei casi in cui l'inadempienza dipenda da cause tecniche non legate alla responsabilità del medico di medicina generale.
5. Le comunicazioni tra Azienda sanitaria e medici di medicina generale avvengono attraverso modalità informatizzate e l'impiego della posta elettronica certificata.

ART. 7 – TAVOLO DI CONSULTAZIONE NAZIONALE.

1. Al fine della valutazione del processo di applicazione del presente ACN e di quanto previsto dagli AAIIRR conseguenti al medesimo, nonché al fine di documentare il grado di convergenza/divergenza verso l'obiettivo della uniforme erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, le Regioni e le Aziende sanitarie trasmettono alla SISAC il testo degli Accordi decentrati (AIR - Accordo Integrativo Regionale e AAA - Accordo Attuativo Aziendale). La SISAC definisce e raccoglie periodicamente per via informatica ulteriori informazioni utili al monitoraggio.
2. Tali informazioni potranno riguardare i seguenti aspetti:
   a) assetto organizzativo dei servizi territoriali;
   b) principali attività degli stessi servizi;
   c) dimensione economico-finanziaria della loro gestione.
3. La SISAC si impegna a rendere noti periodicamente i risultati di questa attività di monitoraggio.
4. La SISAC attiva un tavolo di consultazione nazionale con le Organizzazioni Sindacali firmatarie del presente Accordo, che si riunisce almeno una volta l'anno, al fine di operare un confronto sulle informazioni di cui al comma 2. Dal confronto possono emergere proposte condivise per le quali la SISAC può farsi promotrice presso gli Organi preposti in sede di rinnovo contrattuale.

CAPO II – CONTESTO ORGANIZZATIVO

ART. 8 – ISTITUZIONE DELLE FORME ORGANIZZATIVE.

1. Ai sensi della normativa vigente i medici di medicina generale operano all'interno del nuovo assetto definito dell'articolo 2, comma 3 del presente Accordo e aderiscono, secondo quanto previsto dal precedente articolo 6, al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione.
2. Le Regioni, entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo, definiscono ai sensi della normativa vigente gli atti di programmazione volti a istituire forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali, osservando i seguenti criteri generali:
   a) istituzione delle AFT in tutto il territorio regionale;
   b) istituzione di forme organizzative multiprofessionali tenendo conto delle caratteristiche territoriali e demografiche, salvaguardando il principio dell'equità di accesso alle cure anche attraverso una gradualità della complessità organizzativa;
   c) realizzazione del collegamento funzionale tra AFT e forme organizzative multiprofessionali tramite idonei sistemi informatici e informativi.
3. La attuazione di quanto previsto dal precedente comma deve avvenire a seguito dei nuovi Accordi Integrativi Regionali da perfezionarsi entro dodici mesi decorrenti dalla definizione degli atti di programmazione di cui al comma 2.

ART. 9 – PARTECIPAZIONE ALLA FORMA ORGANIZZATIVA MULTIPROFESSIONALE (UCCP).

1. La forma organizzativa multiprofessionale (UCCP) opera in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Aziende sanitarie, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi che, dislocate nel territorio, possono essere caratterizzate da differenti forme di complessità. Essa persegue obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione. Opera, inoltre, in continuità assistenziale con le AFT, rispondendo, grazie alla composizione multiprofessionale, ai bisogni di salute complessi.

2. Tale forma organizzativa garantisce il carattere multiprofessionale attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli odontoiatri, degli infermieri, delle ostetriche, delle professioni tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. La Regione definisce per le eventuali sedi dislocate nel territorio il livello di complessità organizzativo-strutturale, anche minimo, in relazione a specifiche caratteristiche geografiche.

3. Ogni AFT è collegata funzionalmente alla propria forma organizzativa multiprofessionale di riferimento. I medici del ruolo unico di assistenza primaria si raccordano tramite le AFT alle attività della forma organizzativa multiprofessionale nel rispetto della programmazione regionale. Ferma restando la diffusione capillare dei presidi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, le Regioni, in relazione a specifiche caratteristiche demografiche e/o geografiche, possono prevedere la istituzione della AFT presso la sede della forma organizzativa multiprofessionale di riferimento.

4. La forma organizzativa multiprofessionale realizza i propri compiti attraverso:
   a) la programmazione delle proprie attività in coerenza con quella del Distretto di riferimento;
   b) la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità di cui al comma precedente;
   c) la programmazione di audit clinici e organizzativi, coinvolgendo anche i referenti di AFT di medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale.

5. Le attività, gli obiettivi ed i livelli di *performance* della forma organizzativa multiprofessionale sono parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto. Tra gli obiettivi va incluso anche il grado di integrazione tra i componenti. La valutazione dei risultati raggiunti dai medici di cui al presente Accordo operanti all'interno della forma organizzativa multiprofessionale costituisce la base per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico degli stessi medici. Detta parte variabile è inclusa ed evidenziata nell'eventuale budget che l'Azienda sanitaria può decidere di adottare nei confronti dell'intera forma organizzativa multiprofessionale, come previsto dall'articolo 8, comma 1, lettera b-ter del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 modificato dalla L. 8 novembre 2012, n. 189.

ART. 10 – IL COORDINATORE DELLA FORMA ORGANIZZATIVA MULTIPROFESSIONALE (UCCP).

1. L'Azienda individua il coordinatore della forma organizzativa multiprofessionale (UCCP) tra le figure professionali operanti nell'Azienda stessa attraverso un avviso pubblico. Per i medici del ruolo unico di assistenza primaria la procedura di designazione del coordinatore dovrà tener conto dei seguenti criteri:
   - il coordinatore deve espressamente accettare l'incarico, essere disponibile a svolgere tale funzione e a garantirne il mantenimento per il periodo previsto;
   - l'incarico di coordinatore deve essere compatibile con l'attività assistenziale e non andare a detrimento della qualità dell'assistenza;
   - il candidato deve disporre di un adeguato curriculum che evidenzi competenze in assistenza territoriale, organizzazione dei processi di cura, governo clinico e integrazione professionale, incluse precedenti attività di responsabilità aziendale;
   - l'incarico ha una durata di norma triennale.
2. Al coordinatore della forma organizzativa multiprofessionale sono affidate, in particolare, le funzioni di:
   a) collaborazione con il Distretto alla organizzazione dei percorsi assistenziali;
   b) relazione e confronto con la dirigenza distrettuale ed aziendale su tematiche assistenziali, progettuali ed organizzative;
   c) raccordo con i referenti di AFT per la razionalizzazione di percorsi di cura, ottimale utilizzo delle risorse disponibili, raggiungimento degli obiettivi aziendali;
   d) collaborazione alla definizione dei programmi di attività, alla gestione di budget assegnato, alla rilevazione e valutazione dei fabbisogni.
3. Il coordinatore predispone annualmente la relazione dell'attività svolta dalla forma organizzativa multiprofessionale per il raggiungimento degli obiettivi assegnati, sulla base degli indicatori di processo e di risultato definiti dall'Azienda sulla base delle priorità regionali.
4. Al coordinatore di UCCP di cui al comma 1 è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono l'entità della remunerazione destinata alla funzione di "coordinatore", il cui onere è finanziato attraverso la quota assegnata agli Accordi Integrativi Regionali di cui all'articolo 47, comma 2, lettera B, punto II.
5. Il Direttore Generale dell'Azienda nomina il coordinatore della forma organizzativa multiprofessionale, ne valuta annualmente i risultati e può procedere alla sua sostituzione, anche prima della scadenza, per mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati.

ART. 11 – COMITATO REGIONALE.

1. In ciascuna Regione è istituito un Comitato composto da rappresentanti della Regione e da rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali firmatarie del presente Accordo, purché dotate di un terminale associativo domiciliato in Regione riferito al presente ambito contrattuale.
2. Il Comitato è composto da un componente e da un sostituto per ciascuna Organizzazione Sindacale in possesso dei requisiti di cui al comma precedente e da un ugual numero di componenti e sostituti designati dalla Regione. Il provvedimento di istituzione del Comitato dovrà riportare i nominativi dei componenti e dei sostituti.
3. L'Assessore regionale alla Sanità o suo delegato è rappresentante di diritto di parte pubblica e presiede il Comitato.
4. A seconda della specificità degli argomenti i componenti di parte pubblica e sindacale possono avvalersi, nelle materie all'ordine del giorno, di esperti che a nessun titolo risultano quali componenti di diritto del Comitato.
5. La convocazione è effettuata dal Presidente del Comitato per posta elettronica certificata almeno 15 (quindici) giorni prima della data fissata per la riunione, fatte salve diverse determinazioni a livello regionale.
6. La convocazione dovrà contenere gli argomenti all'ordine del giorno corredati della relativa documentazione.
7. Le Organizzazioni Sindacali, anche singolarmente, possono in qualsiasi momento formulare per iscritto richiesta di convocazione o di inserimento di argomenti all'ordine del giorno, allegando l'eventuale documentazione. Tali richieste per essere inserite all'ordine del giorno devono pervenire almeno 10 (dieci) giorni prima della data di convocazione, fatte salve diverse determinazioni a livello regionale.
8. La riunione del Comitato è valida con la presenza della parte pubblica e delle Organizzazioni Sindacali che rappresentano, complessivamente, almeno il 50% più uno delle deleghe.
9. Le determinazioni del Comitato hanno validità se assunte unitariamente o con il parere favorevole della parte pubblica e delle Organizzazioni Sindacali che rappresentano, complessivamente, almeno il 50% più uno delle deleghe.
10. L'attività del Comitato è principalmente orientata a:
    a) formulare pareri e proposte sulla programmazione sanitaria regionale;
    b) fornire indirizzi ed esprimere pareri alle Aziende ed ai Comitati Aziendali per l'uniforme applicazione dell'Accordo Integrativo Regionale;
    c) effettuare il monitoraggio degli Accordi Attuativi Aziendali.
    d) formulare indirizzi sui temi della formazione di interesse regionale;
    e) avanzare proposte su obiettivi e progetti di prioritario interesse per la medicina generale;
    f) promuovere richieste di pareri alla SISAC da parte della Regione, che si impegna a dare tempestiva comunicazione degli esiti al Comitato.
11. La Regione fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per assicurare lo svolgimento dei compiti assegnati al Comitato regionale.

ART. 12 – COMITATO AZIENDALE.

1. In ciascuna Azienda è costituito un Comitato composto da rappresentanti dell'Azienda e rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale, purché dotate di un terminale associativo domiciliato localmente riferito al presente ambito contrattuale.
2. Il Comitato è composto da un componente e da un sostituto per ciascuna Organizzazione Sindacale in possesso dei requisiti di cui al comma precedente e da un ugual numero di componenti e sostituti designati dalla Azienda. Il provvedimento di istituzione del Comitato dovrà riportare i nominativi dei componenti e dei sostituti.
3. Il Direttore Generale dell'Azienda o suo delegato è rappresentante di diritto di parte pubblica e presiede il Comitato.
4. A seconda della specificità degli argomenti i componenti di parte pubblica e sindacale possono avvalersi, nelle materie all'ordine del giorno, di esperti che a nessun titolo risultano quali componenti di diritto del Comitato.
5. La convocazione è effettuata dal Presidente del Comitato per posta elettronica certificata almeno 15 (quindici) giorni prima della data fissata per la riunione, fatte salve diverse determinazioni a livello aziendale.
6. La convocazione dovrà contenere gli argomenti all'ordine del giorno corredati della relativa documentazione.
7. Le Organizzazioni Sindacali, anche singolarmente, possono in qualsiasi momento formulare per iscritto richiesta di convocazione o di inserimento di argomenti all'ordine del giorno, allegando l'eventuale documentazione. Tali richieste per essere inserite all'ordine del giorno devono pervenire almeno 10 (dieci) giorni prima della data di convocazione, fatte salve diverse determinazioni a livello aziendale.
8. La riunione del Comitato è valida con la presenza della parte pubblica e delle Organizzazioni Sindacali che rappresentano, complessivamente, almeno il 50% più uno delle deleghe.
9. Le determinazioni del Comitato hanno validità se assunte unitariamente o con il parere favorevole della parte pubblica e delle Organizzazioni Sindacali che rappresentano, complessivamente, almeno il 50% più uno delle deleghe.
10. L'attività del Comitato è principalmente orientata a:
    a) formulare pareri nei confronti del processo di programmazione aziendale e distrettuale;
    b) monitorare l'applicazione dell'Accordo Attuativo Aziendale;
    c) monitorare il funzionamento delle AFT e delle forme organizzative multiprofessionali.
11. L'Azienda fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per lo svolgimento dell'attività del Comitato.

ART. 13 – PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA MEDICINA GENERALE.

1. Nell'ambito del Programma delle attività territoriali di cui all'articolo 3-quater del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. l'Azienda definisce gli interventi per la promozione e lo sviluppo della medicina generale, in coerenza con il proprio modello organizzativo e secondo quanto previsto dall'articolo 4, individuando:

   a) gli obiettivi di salute che si intendono perseguire, con particolare riferimento all'assistenza nei confronti delle persone affette da malattie croniche, anche in considerazione di quanto previsto all'Allegato 1;

   b) le attività e i volumi di prestazioni per il raggiungimento degli obiettivi di cui alla precedente lettera a).

CAPO III – RELAZIONI E PREROGATIVE SINDACALI

ART. 14 – RAPPRESENTANZA SINDACALE.

1. Entro un anno dall'entrata in vigore del presente Accordo, ciascuna Organizzazione Sindacale deve essere effettiva titolare delle deleghe espresse dai medici di medicina generale e diretta destinataria delle relative quote associative. Ai fini dell'accertamento della rappresentatività le Organizzazioni Sindacali che abbiano dato vita, mediante fusione, affiliazione, o in altra forma, ad una nuova aggregazione associativa possono imputare al nuovo soggetto sindacale, per successione a titolo universale, le deleghe delle quali risultino titolari, purché il nuovo soggetto succeda effettivamente nella titolarità delle deleghe che ad esso vengono imputate o che le deleghe siano, comunque, confermate espressamente dagli iscritti a favore del nuovo soggetto.
2. Entro lo stesso termine di cui al comma 1 il rappresentante legale provvede al deposito presso la SISAC dell'atto costitutivo e dello statuto della propria Organizzazione Sindacale, da cui risulti la titolarità in proprio delle deleghe di cui al comma 1. Ogni successiva variazione deve essere comunicata alla SISAC entro tre mesi.
3. Alla prima rilevazione utile, decorso il termine di cui al comma 1, ciascuna Organizzazione Sindacale sarà misurata sulla base delle deleghe di cui è direttamente titolare ed intestataria.
4. I dirigenti sindacali rappresentano esclusivamente un'unica Organizzazione Sindacale.

ART. 15 – RAPPRESENTATIVITÀ.

1. La consistenza associativa è rilevata in base alle deleghe conferite per la ritenuta del contributo sindacale alle singole Aziende dai medici convenzionati titolari di incarico a tempo indeterminato, determinato e provvisorio. La decorrenza della delega coincide con le ritenute effettive accertate alla data del 1° gennaio di ogni anno. Le Aziende provvedono alla trattenuta delle quote sindacali, in ottemperanza all'articolo 8, comma 1 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni ed in ossequio alle previsioni dell'articolo 43 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i., esclusivamente sulla base della delega rilasciata dall'iscritto.
2. Sono considerate maggiormente rappresentative, ai sensi dell'articolo 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, ai fini della contrattazione sul piano nazionale, le Organizzazioni Sindacali che abbiano un numero di iscritti, risultanti dalle deleghe per la ritenuta del contributo sindacale, non inferiore al 5% delle deleghe complessive.
3. Le Organizzazioni Sindacali firmatarie del presente Accordo, purché dotate di un terminale associativo riferito al presente ambito contrattuale domiciliato nella Regione di riferimento, sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Integrativi Regionali.
4. Le Organizzazioni Sindacali, firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale, purché dotate di un terminale associativo riferito al presente ambito contrattuale domiciliato nella Azienda di riferimento, sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Attuativi Aziendali.
5. I rappresentanti sindacali devono essere formalmente accreditati quali componenti delle delegazioni trattanti, la composizione delle quali è definita, rispettivamente, dalla Regione e dalle Aziende prima dell'avvio della negoziazione, in accordo con le Organizzazioni Sindacali. L'Accordo Collettivo Nazionale e gli Accordi decentrati sono validamente sottoscritti se stipulati da Organizzazioni Sindacali che rappresentano, complessivamente, almeno il 50% più uno degli iscritti.
6. La rilevazione delle deleghe sindacali è effettuata annualmente dalla SISAC, che certifica la consistenza associativa e la comunica entro il 31 ottobre, e comunque non oltre il 31 dicembre, di ogni anno alle Organizzazioni Sindacali. Entro il mese di febbraio di ciascun anno le Aziende comunicano alla SISAC e all'Assessorato regionale alla Sanità la consistenza associativa risultante alla data del 1° gennaio di ogni anno.
7. In tutti i casi in cui occorra applicare il criterio della consistenza associativa si fa riferimento alle deleghe rilevate al 1° gennaio dell'anno precedente. Per le trattative disciplinate dall'articolo 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni la consistenza associativa è determinata sulla base dei dati riferiti all'anno precedente a quello in cui si procede all'avvio delle trattative, indipendentemente dalla durata delle stesse.
8. Sono prese in considerazione ai fini della misurazione del dato associativo esclusivamente le deleghe rilasciate dai medici di medicina generale di importo superiore alla metà del valore medio delle trattenute richieste da tutte le Organizzazioni Sindacali rappresentative nel corso del precedente anno solare. Il calcolo è operato dalla SISAC secondo quanto previsto dall'Allegato 2 – Modalità di calcolo della trattenuta media valida ai fini della rappresentatività sindacale. La SISAC rende noto annualmente il relativo valore mensile di riferimento.

ART. 16 – DIRITTI SINDACALI.

1. Per lo svolgimento durante l'attività di servizio dell'attività sindacale, debitamente comunicata da parte dei rappresentanti nazionali, regionali ed aziendali appartenenti alle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative e firmatarie del presente Accordo, si applicano le disposizioni dell'articolo 21 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., sulla base delle modalità di rilevazione di cui all'articolo 15, commi 6 e 7 del presente Accordo.
2. La segreteria nazionale del sindacato e/o le articolazioni territoriali dello stesso comunicano alle Aziende, per il tramite delle procedure informatiche predisposte dalla SISAC, entro e non oltre un mese dalla certificazione di cui all'articolo 15, comma 6 del presente Accordo, i nominativi dei propri rappresentanti, l'Azienda di appartenenza e le ore assegnate.
3. La SISAC trasmette le comunicazioni di competenza, con le procedure informatiche di cui al precedente comma 2. Ogni eventuale variazione in corso d'anno deve essere tempestivamente registrata dall'Organizzazione Sindacale utilizzando la stessa procedura informatica.
4. Le procedure informatiche sono predisposte dalla SISAC sulla base dell'Allegato 3 del presente Accordo.
5. Il rappresentante sindacale che svolge attività a ciclo di scelta, ha diritto alla sostituzione per garantire l'adempimento di tutte le funzioni e compiti previsti dal presente Accordo e dagli Accordi Integrativi Regionali, nei limiti delle ore assegnate dalla O.S. rappresentata e comunque per un importo non superiore alla retribuzione da egli percepita nel mese precedente.
6. I rappresentanti sindacali comunicano mensilmente alla propria Azienda il nominativo del sostituto e il numero delle ore di sostituzione utilizzate nel mese precedente. Entro il mese successivo l'Azienda provvede al pagamento di quanto dovuto al sostituto, avendo a riferimento il compenso orario di cui all'articolo 47, comma 3, lettera A, al netto degli oneri previdenziali e fiscali. Il compenso è direttamente liquidato al sostituto dalla Azienda che amministra la posizione del rappresentante sindacale. La sostituzione è effettuata ai sensi dell'articolo 36 del presente ACN e non si configura come rapporto di lavoro continuativo.
7. Nel caso di rappresentante sindacale che svolga attività a rapporto orario l'Azienda provvede al pagamento sulla base del suo orario di incarico. Le assenze per attività sindacale sono considerate attività di servizio.

ART. 17 – PARTECIPAZIONE A COMITATI E COMMISSIONI.

1. Ai medici a ciclo di scelta che partecipano alle riunioni dei comitati e delle commissioni previsti dal presente Accordo o ad organismi previsti da norme nazionali o regionali, è rimborsata dall'Azienda che amministra la posizione del titolare la spesa per le sostituzioni nella misura prevista dagli Accordi Integrativi Regionali. La partecipazione dei medici ad attività oraria è considerata attività di servizio. Ai medici sono altresì rimborsate le spese di viaggio nella misura prevista dalle vigenti norme della Pubblica Amministrazione.
2. Le attività di cui al comma precedente devono essere debitamente comprovate da attestazioni ufficiali.
3. Le assenze dal servizio per le attività di cui al comma 1 sono comunicate con congruo preavviso dall'interessato all'Azienda presso cui opera.

ART. 18 – ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCIOPERO.

1. L'esercizio del diritto di sciopero, le prestazioni indispensabili e le loro modalità di erogazione e quanto altro previsto dalla Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata ed integrata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83, sono regolamentati secondo quanto previsto dall'Allegato 4 del presente Accordo, recante l'Accordo Nazionale per la regolamentazione del diritto di sciopero nell'area della medicina generale.

CAPO IV – RAPPORTO CONVENZIONALE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

ART. 19 – GRADUATORIA REGIONALE E GRADUATORIE AZIENDALI PER INCARICHI TEMPORANEI E SOSTITUZIONI.

1. I medici da incaricare per la medicina generale sono tratti da una graduatoria per titoli, di validità annuale, predisposta a livello regionale dall'Assessorato alla Sanità con procedure informatiche tese allo snellimento burocratico e al rispetto dei tempi.

2. I medici che aspirano all'iscrizione nella graduatoria non devono trovarsi nella condizione di cui all'articolo 21, comma 1, lettere f) e j) e devono possedere, alla scadenza del termine per la presentazione della domanda, i seguenti requisiti:

   a) cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;

   b) iscrizione all'Albo professionale;

   c) titolo di formazione in medicina generale, o titolo equipollente, come previsto dal D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e successive modifiche e integrazioni. Possono altresì presentare domanda di inserimento in graduatoria i medici che nell'anno acquisiranno il titolo di formazione. Il titolo deve essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre ai fini dell'inserimento nella graduatoria provvisoria di cui al comma 5.

3. Ai fini dell'inclusione nella graduatoria i medici di cui al comma 2 devono trasmettere a mezzo procedura telematica definita dalla Regione, entro il termine del 31 gennaio, all'Assessorato regionale alla Sanità, o alla Azienda sanitaria individuata dalla Regione, una domanda in bollo integrata ai sensi della normativa vigente con dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativamente a requisiti, titoli accademici, di studio e di servizio. Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria sono valutati i titoli accademici, di studio e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente, oltre al punteggio per il titolo di cui al precedente comma 2, lettera c). La domanda di inclusione deve essere presentata ogni anno. La stessa deve eventualmente contenere le dichiarazioni concernenti i titoli che comportino modificazioni al precedente punteggio a norma dell'articolo 20. La Regione può prevedere che nella medesima domanda il medico esprima la propria disponibilità ad essere inserito nelle graduatorie aziendali di cui al comma 6 e ad accedere alla procedura di ricambio generazionale di cui al successivo comma 11.

4. L'amministrazione regionale o l'Azienda sanitaria individuata dalla Regione, sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione di cui all'articolo 20, predispone la graduatoria, specificando, a fianco di ciascun nominativo, il punteggio conseguito ed evidenziando l'eventuale possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale.

5. La graduatoria provvisoria è resa pubblica entro il 30 settembre sul sito istituzionale della Regione. Entro 15 (quindici) giorni dalla pubblicazione i medici interessati possono presentare all'Assessorato regionale alla Sanità, o alla Azienda sanitaria individuata dalla Regione, istanza motivata di riesame della loro posizione in graduatoria. La graduatoria definitiva è approvata dall'Assessorato regionale alla Sanità che provvede alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale entro il 30 novembre di ciascun anno. La pubblicazione sul BUR e sul sito istituzionale della Regione

costituisce notificazione ufficiale. La graduatoria ha validità dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno successivo.

6. Le Aziende, fatte salve diverse determinazioni in sede di AIR relativamente alla tempistica, entro 15 (quindici) giorni dalla pubblicazione della graduatoria definitiva di cui al comma precedente, pubblicano sul proprio sito istituzionale un avviso per la predisposizione di graduatorie aziendali di medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione, secondo il seguente ordine di priorità:

a) medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;

b) medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;

c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nella medesima Regione per cui concorrono, fatta eccezione per le sostituzioni per le quali possono concorrere anche gli iscritti a tale corso in altre Regioni.

Ai sensi dell'articolo 19, comma 11, della L. 28 dicembre 2001, n. 448, per il solo affidamento di sostituzione:

d) medici iscritti all'albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994;

e) medici iscritti ai corsi di specializzazione.

7. Le domande di partecipazione all'avviso di cui al comma 6, in bollo, devono essere trasmesse entro 30 (trenta) giorni dalla pubblicazione sul sito dell'Azienda, fatto salvo il caso di adozione della procedura di cui al comma 3, ultimo capoverso. I medici di cui al precedente comma, lettere da b) a e) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

8. I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato in un settore di cui all'articolo 2, comma 1 del presente Accordo possono partecipare per graduatoria regionale solo in un settore diverso da quello in cui sono titolari.

9. Il medico che accetta l'incarico in un settore di cui all'articolo 2, comma 1 del presente Accordo non può concorrere all'assegnazione di ulteriori incarichi dello stesso settore in base alla medesima graduatoria regionale.

10. La Regione può provvedere alla attuazione di quanto disposto dal presente articolo adottando differenti modalità di trasmissione delle domande tese comunque alla semplificazione dell'iter amministrativo, alla riduzione degli adempimenti dei medici aspiranti all'incarico ed alla limitazione degli oneri sostenuti.

11. I medici iscritti alla graduatoria di cui al comma 1 possono chiedere di accedere alla procedura di ricambio generazionale derivante dalla Anticipazione della Prestazione Previdenziale (di seguito denominata APP), di cui all'Allegato 5 del presente Accordo. Tale richiesta deve essere effettuata o confermata entro il termine del 30 aprile dell'anno di riferimento della graduatoria.

ART. 20 – TITOLI PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE.

1. I titoli valutabili ai fini della formazione della graduatoria sono elencati di seguito con l'indicazione del relativo punteggio:

I. TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

a) diploma di laurea conseguito con voto 110/110 e 110/110 e lode o 100/100 e 100/100 e lode:
p. 1,00

b) diploma di laurea conseguito con voti da 105/110 a 109/110 o da 95/100 a 99/100: p. 0,50

c) diploma di laurea conseguito con voti da 100/110 a 104/110 o da 90/100 a 94/100: p. 0,30

d) specializzazione in discipline equipollenti ed affini a quella di medicina generale ai sensi della normativa vigente,

per ciascuna specializzazione: p. 0,50

e) titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e successive modifiche e integrazioni: p. 7,20

f) conoscenza della lingua inglese documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE):

complessivamente p. 0,20

g) conoscenza dei principali programmi informatici documentata dal possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC:

complessivamente p. 0,20

II. TITOLI DI SERVIZIO:

a) attività di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta / medico di assistenza primaria fino alla data di entrata in vigore del presente ACN, sia con incarico a tempo indeterminato che con incarico provvisorio,

per ciascun mese complessivo: p. 0,20

Il punteggio è elevato a 0,30 per l'attività nell'ambito della Regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento;

b) servizio effettivo di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria / medico di continuità assistenziale fino alla data di entrata in vigore del presente ACN, con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o anche a titolo di sostituzione

per ogni mese corrispondente a 96 ore di attività. (Per ciascun mese solare non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'Accordo nazionale relativo al settore): p. 0,20

c) attività di sostituzione del medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta / medico di assistenza primaria fino alla data di entrata in vigore del presente ACN, solo se

svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (le sostituzioni dovute ad attività sindacale del titolare sono valutate anche se di durata inferiore a 5 giorni). Le sostituzioni effettuate su base oraria sono valutate con gli stessi criteri di cui alla lettera b),

per ciascun mese complessivo: p. 0,20

d) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o anche a titolo di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale,

per ogni mese di attività: p. 0,20

e) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella medicina dei servizi territoriali,

per ogni mese di attività corrispondente a 96 ore di attività: p. 0,20

f) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o anche a titolo di sostituzione di medico di assistenza penitenziaria/servizio effettivo in rapporto di convenzionamento con il S.S.N., presso gli Istituti penitenziari,

per ogni mese di attività corrispondente a 96 ore di attività: p. 0,20

g) attività di medico addetto all'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari sia a tempo indeterminato che di sostituzione per conto del Ministero di Giustizia, ai sensi della L. 9 ottobre 1970, n. 740,

per ogni mese di attività: p. 0,20

h) servizio effettivo nelle attività territoriali programmate

per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore: p. 0,10

i) attività medica di assistenza ai turisti organizzata dalle Regioni o dalle Aziende,

per ciascun mese complessivo, corrispondente a 96 ore di attività: p. 0,20

j) turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali, di continuità dell'assistenza o di emergenza sanitaria territoriale, ai sensi del presente Accordo,

per ogni mese corrispondente a 96 ore di attività: p. 0,05

k) attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatra di libera scelta se svolta con riferimento ad almeno 70 (settanta) utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi,

per ciascun mese complessivo: p. 0,10

l) medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna; medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici; medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato per il servizio di assistenza sanitaria ai naviganti,

per ciascun mese: p. 0,05

m) servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento e per un massimo di 12 mesi, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina,

per ciascun mese p. 0,10

Tale punteggio è elevato a 0,20/mese se il servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) è stato svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda sanitaria nell'area della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico;

n) servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della L. 64/2001, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina,

per ciascun mese, fino ad un massimo di 12 mesi: p. 0,10

Tale punteggio è elevato a 0,20/mese se il servizio civile è svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda sanitaria nell'area della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico;

o) attività di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo, di medico della Polizia di Stato,

per ogni mese di attività: p. 0,20

p) servizio prestato presso aziende termali, (con le modalità di cui all'articolo 8 della Legge 24 ottobre 2000, n. 323) equiparato all'attività di continuità assistenziale,

per ciascun mese complessivo: p. 0,20

q) servizio effettivo, svolto in paesi dell'Unione Europea, riconducibile all'attività di medico di medicina generale di cui al presente Accordo; servizio prestato ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n. 125 e assistenza sanitaria prestata da medici italiani ai sensi del Decreto Ministeriale 1 settembre 1988, n. 430,

per ciascun mese complessivo: p. 0,20

r) attività prestata durante il periodo di affiancamento previsto dalla procedura di ricambio generazionale derivante dalla APP, di cui all'Allegato 5 del presente Accordo:

per ciascun mese complessivo: p. 0,20

Il punteggio è elevato a 0,30 per l'attività nell'ambito della Regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento;

s) attività con incarico temporaneo svolta dai medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 e all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60 nel periodo di frequenza del corso di formazione specifica in medicina generale

per ciascun mese complessivo, corrispondente a 96 ore di attività: p. 0,10.

2. Ai fini del calcolo dei punteggi relativi ai titoli di servizio, tutte le frazioni di mese dell'anno sono sommate. L'eventuale residuo superiore a 15 giorni è valutato come mese intero. I residui non valutati sono sommati alle integrazioni dei titoli di servizio eventualmente presentati negli anni successivi.

3. Relativamente al servizio calcolato su base oraria, per frazione di mese da valutare come mese intero si intende un numero complessivo di ore di attività superiore alla metà. I residui non valutati sono sommati alle integrazioni dei titoli di servizio eventualmente presentati negli anni successivi.

4. Il servizio effettivo indicato dal presente articolo è determinato dalle sole ore di attività svolta ed i periodi di sospensione dall'attività convenzionale non concorrono al computo, ad eccezione del periodo di astensione obbligatoria o anticipata per gravidanza e puerperio.

5. I titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo, ad eccezione della reperibilità di cui alla lettera j). In caso di servizi concomitanti è valutato quello che comporta il punteggio più alto. Le attività di servizio eventualmente svolte durante il corso di formazione specifica in medicina generale non sono valutabili, fatta eccezione per le attività di cui al comma 1, punto II, lettera s) del presente articolo. Il punteggio per attività di servizio eventualmente svolte durante il corso di specializzazione è alternativo a quello riconosciuto al comma 1, punto I, lettere d) ed e) del presente articolo.

6. A parità di punteggio complessivo prevalgono, nell'ordine, la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.

7. Non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate dal presente articolo.

ART. 21 – INCOMPATIBILITÀ.

1. Ai sensi del punto 6, comma 3, dell'articolo 48 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833 e dell'articolo 4, comma 7, della Legge 30 dicembre 1991, n. 412, è incompatibile con lo svolgimento delle attività previste dal presente Accordo il medico che:

   a) sia titolare di ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale, fatto salvo quanto previsto nella norma finale n. 1 e norme transitorie n. 1 e n. 2;

   b) eserciti altre attività o sia titolare o compartecipe delle quote di imprese che possano configurare conflitto di interessi con il Servizio Sanitario Nazionale;

   c) svolga attività di medico specialista ambulatoriale accreditato con il S.S.N.;

   d) svolga attività di specialista ambulatoriale interno, veterinario ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) o di pediatra di libera scelta;

   e) svolga funzioni fiscali per conto dell'Azienda o dell'INPS limitatamente all'ambito territoriale in cui esercita attività a ciclo di scelta o attività oraria, fatti salvi gli incarichi di medicina dei servizi territoriali;

   f) fruisca del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

   g) sia proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore ovvero operi, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N.. È consentito esclusivamente lo svolgimento di attività istituzionale di cui al presente Accordo e secondo modalità definite a livello regionale. Tale incompatibilità opera, limitatamente ai propri assistiti, per i medici che svolgono attività presso gli stabilimenti termali e determina le conseguenti limitazioni del massimale;

   h) intrattenga con una Azienda un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8-quinquies del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

   i) sia iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale, fatto salvo quanto previsto all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 e all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, o ai corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e successive modifiche ed integrazioni o a quanto previsto dalle norme vigenti in materia;

   j) fruisca di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM o che fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP), di cui all'Allegato 5 del presente Accordo.

2. Il medico che, anche se a tempo limitato, svolga funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e successive modificazioni e integrazioni, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 38 in tema di limitazione di massimale, non può acquisire

nuove scelte dei dipendenti delle aziende per le quali opera o dei loro familiari anagraficamente conviventi.

3. L'incarico di medico del ruolo unico di assistenza primaria è incompatibile con qualsiasi altro rapporto convenzionale ai sensi del presente Accordo. L'incarico per l'emergenza sanitaria territoriale è incompatibile con tutti gli altri rapporti convenzionali di cui al presente Accordo.
4. La eventuale situazione di incompatibilità a carico del medico incluso nella graduatoria regionale di cui all'articolo 19, deve essere risolta all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.
5. Con particolare riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità, il medico deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, secondo quanto previsto dalla norma finale n. 9 del presente Accordo.
6. La sopravvenuta ed accertata insorgenza di una delle situazioni di incompatibilità previste dal presente Accordo, contestata al medico, comporta i conseguenti provvedimenti previsti dall'articolo 24.
7. La compatibilità dell'attività libero professionale del medico convenzionato è disciplinata dall'articolo 28 del presente Accordo.

Art. 22 – Sospensione dagli incarichi e dalle attività convenzionali.

1. Il medico è sospeso dagli incarichi della medicina generale nei seguenti casi:
   a) esecuzione dei provvedimenti di cui all'articolo 25;
   b) sospensione dall'Albo professionale;
   c) servizio prestato all'estero per tutta la durata dello stesso, ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n. 125;
   d) provvedimenti restrittivi della libertà personale emessi dall'autorità giudiziaria;
   e) frequenza ad un corso di dottorato di ricerca previa autorizzazione dell'Azienda.
2. Il medico è sospeso dalle attività di medicina generale nei seguenti casi:
   a) in caso di malattia o infortunio, per la durata massima di tre anni nell'arco di cinque; per la durata complessiva della inabilità temporanea assoluta, in caso di infortunio o malattia occorsi nello svolgimento della propria attività professionale. Tali condizioni devono essere comunicate dal medico all'Azienda;
   b) per documentati motivi assistenziali nei riguardi di familiare con gravi motivi di salute, fino ad un massimo di 3 giorni/turni al mese;
   c) incarico di Direttore di Distretto o di altri incarichi organizzativi o di dirigenza che prevedano assunzione di responsabilità ed autonomia gestionale ed organizzativa presso il S.S.N. o altre pubbliche amministrazioni, per tutta la durata dell'incarico e fino alla cessazione dello stesso. Nel caso di incarico a tempo parziale, la sospensione è anch'essa a tempo parziale;
   d) partecipazione, preventivamente autorizzata dall'Azienda, ad iniziative istituzionali a carattere umanitario o di solidarietà sociale;
   e) partecipazione a corsi di formazione diversi da quelli obbligatori di cui all'articolo 26 del presente Accordo, accreditati secondo le disposizioni previste dal D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, che abbiano durata superiore a 30 giorni consecutivi e fino alla concorrenza di un limite massimo di 60 giorni all'anno, salvo diversi Accordi regionali, che abbiano come oggetto argomenti di interesse per la medicina generale e che siano preventivamente autorizzati dall'Azienda.
3. Il medico di medicina generale ha diritto di usufruire di sospensione parziale dall'attività convenzionale per periodi non superiori a 18 (diciotto) mesi nell'arco di 5 (cinque) anni nei seguenti casi:
   a) allattamento o assistenza a neonati entro i primi 12 mesi di vita;
   b) adozione o affido di minore nei primi 12 mesi dall'adozione o affido;
   c) assistenza a minori conviventi non autosufficienti;
   d) assistenza a familiari, anche temporaneamente conviventi, con inabilità totale e titolari di indennità di accompagnamento.

   Su richiesta del medico ad incarico orario che si trovi nella condizione di cui alla lettera a) del presente comma, l'Azienda provvede ad articolare l'attività in orario diurno.

4. Il medico di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta comunica all'Azienda, relativamente a quanto previsto al comma precedente, le modalità e la percentuale di sostituzione.
5. Il medico di medicina generale con incarico orario per gravidanza e puerperio sospende l'attività convenzionale per tutto il periodo previsto come obbligatorio per i lavoratori dipendenti. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta per gravidanza e puerperio può richiedere la sospensione totale o parziale dell'attività lavorativa con sostituzione a proprio carico. Per adozione o affido di minore il medico di medicina generale può richiedere la sospensione dall'attività per un periodo di durata pari a quello previsto dall'articolo 26 del D.Lgs. 26 marzo 2001, n. 151.
6. Il medico può richiedere la sospensione dall'attività convenzionale per ristoro psico-fisico, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 54, comma 1, e dall'articolo 68, comma 3, per un periodo non superiore a trenta giorni lavorativi nell'arco di un anno con sostituzione a proprio carico per l'attività a ciclo di scelta.
7. La sospensione dall'attività di medicina generale di cui ai commi 2, 3, 5 e 6 non comporta soluzione di continuità del rapporto convenzionale ai fini della anzianità di servizio.
8. I periodi di sospensione dall'incarico, di cui al comma 1, non sono considerati, a nessun titolo, come attività di servizio convenzionale. I periodi di sospensione dall'incarico, di cui al comma 1, non comportano la erogazione del trattamento economico e previdenziale a carico del S.S.N. per l'intero periodo, fatta eccezione per i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta che comunque assicurino la disponibilità del proprio studio per l'attività convenzionale, ai quali è riconosciuto il compenso di cui all'articolo 47, comma 2, lettera A, punto I, inclusi i relativi oneri previdenziali ed assicurativi.
9. Nei casi previsti dal presente articolo il medico è sostituito secondo le modalità stabilite dal presente ACN. Nei periodi di sospensione dall'incarico, di cui al comma 1, l'onere della sostituzione è a carico dell'Azienda.
10. Il provvedimento di sospensione dall'incarico convenzionale è disposto dal Direttore Generale della Azienda sanitaria.
11. Per quanto previsto al comma 2, lettera c), la sospensione dall'attività convenzionale deve essere comunicata da parte del medico all'Azienda con un preavviso minimo di 15 giorni.
12. Le autorizzazioni di cui al comma 2, lettere d) ed e), sono richieste dal medico 30 giorni prima dell'evento e la risposta della ASL viene fornita entro 15 giorni dalla ricezione della relativa richiesta; in assenza di risposta la richiesta si intende approvata. Il diniego deve essere adeguatamente motivato. Il rispetto dei predetti termini è derogabile esclusivamente nell'ambito di operazioni di protezione civile in caso di calamità naturale.
13. Tranne che per le ipotesi di cui ai commi precedenti e per l'espletamento del mandato parlamentare, amministrativo, ordinistico e sindacale, per ulteriori e motivate richieste di sospensione dall'attività l'Azienda, sentito il Comitato di cui all'articolo 12, si esprime con motivazione sulla richiesta.

ART. 23 – ASSENZE PER INCARICHI ISTITUZIONALI.

1. I medici con mandato parlamentare, i consiglieri regionali, coloro che sono chiamati a svolgere le funzioni pubbliche nelle Giunte regionali o degli altri Enti locali, nonché i medici nominati alle cariche dagli organi ordinistici per espletare i rispettivi mandati possono sospendere l'attività convenzionale. In tal caso, i medici a ciclo di scelta si avvalgono, con oneri a proprio carico, della collaborazione professionale di medici retribuiti con compenso orario non inferiore a quanto previsto dall'articolo 36, comma 11.
2. Il compenso è direttamente liquidato al sostituto dalla Azienda che amministra la posizione del titolare.
3. La sostituzione è effettuata ai sensi dell'articolo 36 del presente ACN e non si configura come rapporto di lavoro continuativo.

ART. 24 – CESSAZIONE, REVOCA E DECADENZA DELL'INCARICO CONVENZIONALE.

1. L'incarico cessa per i seguenti motivi:

   a) recesso del medico da comunicare alla Azienda con almeno 30 giorni di preavviso in caso di trasferimento e di 60 giorni negli altri casi. Su specifica richiesta dell'interessato l'Azienda, valutate le esigenze di servizio, può autorizzare la cessazione del rapporto con decorrenza anticipata a tutti gli effetti;

   b) compimento del 70° anno di età.

2. L'incarico è revocato in caso di provvedimento ai sensi dell'articolo 25 del presente Accordo.

3. L'incarico, nel rispetto del procedimento di cui alla L. 7 agosto 1990, n. 241, decade per le seguenti motivazioni:

   a) radiazione o cancellazione dall'Albo professionale;

   b) omessa o non veritiera dichiarazione, relativamente a fatti, stati e posizione giuridica, che abbia determinato l'indebito conferimento dell'incarico convenzionale;

   c) sopravvenuto, accertato e contestato venir meno dei requisiti minimi di cui all'articolo 35;

   d) incapacità psico-fisica a svolgere l'attività convenzionale, accertata da apposita commissione medico-legale aziendale, ai sensi dell'articolo 1, comma 2 della Legge 15 ottobre 1990, n. 295, su disposizione dell'Azienda. Nel caso in cui l'Azienda scelga un componente della commissione tra i medici di cui al presente Accordo, provvede sentito il Comitato aziendale;

   e) insorgenza fraudolentemente non dichiarata di causa di incompatibilità di cui all'articolo 21 del presente Accordo;

   f) mancato raggiungimento di un numero minimo di assistiti pari a 400 dopo due anni di iscrizione nel medesimo elenco, per il medico che svolge esclusivamente attività a ciclo di scelta e non ha accettato proposte di attività oraria da parte della Azienda. Tale disposizione non si applica durante il periodo di incarico temporaneo di cui all'articolo 34, comma 18 del presente Accordo;

   g) l'aver compiuto il periodo massimo di sospensione dall'attività previsto dall'articolo 22, comma 2, lettera a) e dall'articolo 55, comma 1;

   h) mancato conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale per i medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 e all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, entro il termine previsto dal corso di rispettiva frequenza, fatti salvi i periodi di sospensione previsti dall'articolo 24, commi 5 e 6, del D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368;

   i) mancato avvio dell'attività a ciclo di scelta o inizio dell'attività oraria da parte del medico del ruolo unico di assistenza primaria, a seguito del conferimento di incarico di cui all'articolo 33.

   Nei casi di decadenza, di cui alle lettere b) ed e), il medico può presentare nuova domanda di inclusione nella graduatoria regionale decorsi quattro anni dalla decadenza. Una nuova attribuzione dell'incarico può avvenire solo in un ambito differente da quello detenuto all'atto della cessazione del precedente incarico.

4. Il provvedimento relativo alla risoluzione del rapporto convenzionale è adottato dal Direttore Generale della Azienda
5. In caso di improvvisa cessazione dell'attività del medico titolare l'Azienda informa i cittadini della necessità di procedere alla scelta di un altro medico.

ART. 25 – PROCEDIMENTO DI CONTESTAZIONE.

1. I medici di medicina generale sono tenuti ad una condotta informata a principi di correttezza e rispetto e all'osservanza degli obblighi e dei compiti previsti dal presente Accordo e dagli Accordi Regionali e Aziendali. Non possono essere oggetto di contestazione a carico del medico le inosservanze derivanti da comportamenti omissivi, inadempienze di altri operatori o dell'Azienda.

2. Per le contestazioni relative a fatti di minore gravità per i quali sono previsti il richiamo verbale o il richiamo scritto è competente il Direttore del Distretto che, sentito il referente di AFT, procede a circostanziare il fatto al fine di valutare se proseguire o meno con la contestazione dell'addebito. Nel caso in cui il Direttore di Distretto ritenga che la contestazione da formulare sia relativa a fatti più gravi di quelli che comporterebbero il richiamo scritto, entro 20 (venti) giorni dalla notizia del fatto trasmette gli atti all'UPDC dandone contestuale comunicazione all'interessato.

3. Per le contestazioni relative a fatti di maggiore gravità di cui al seguente comma 7, lettera b) l'Ufficio competente per i Procedimenti Disciplinari (UPD), istituito presso ciascuna Azienda, assume la denominazione di Ufficio per i Procedimenti Disciplinari del personale Convenzionato (UPDC) sostituendo un proprio componente con uno in rapporto di convenzionamento di cui al presente Accordo, nominato dal Direttore Generale su una terna di nominativi proposti dal Comitato Aziendale di cui all'articolo 12.

4. Nell'ambito del procedimento disciplinare, la contestazione dell'addebito deve essere specifica e tempestiva e riportare l'esposizione chiara e puntuale dei fatti, nel rispetto delle procedure di seguito indicate.

   Nel corso dell'istruttoria, il Direttore del Distretto o l'UPDC possono acquisire ulteriori informazioni o documenti rilevanti per la definizione del procedimento. La predetta attività istruttoria non determina la sospensione del procedimento, né il differimento dei relativi termini.

   Le comunicazioni al medico e l'accesso agli atti del procedimento avvengono come di seguito indicato:

   a) ogni comunicazione al medico, nell'ambito del procedimento disciplinare, è effettuata tramite posta elettronica certificata;

   b) il medico ha diritto di accesso agli atti istruttori del procedimento, salvo nei casi di atti sottratti all'accesso ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;

   c) la sanzione disciplinare deve essere adeguatamente motivata e notificata all'interessato.

5. Non può tenersi conto, ai fini di altro procedimento disciplinare, delle sanzioni disciplinari, decorsi due anni dalla loro irrogazione.

6. In caso di più violazioni compiute con un'unica azione o omissione si applica la sanzione più grave. In caso di medico titolare di più rapporti convenzionali la sanzione riguarda il solo incarico nell'esercizio del quale si è verificata la violazione.

7. I modi e i tempi per l'avvio del procedimento e l'applicazione delle sanzioni sono i seguenti.

   a) procedimento per il Direttore del Distretto:

I. il Direttore del Distretto entro 15 (quindici) giorni dal momento in cui viene a conoscenza di comportamenti punibili con la sanzione di minor gravità, contesta per iscritto l'addebito al medico e lo convoca, con un preavviso di almeno 15 (quindici) giorni, per il contraddittorio a sua difesa, con l'eventuale assistenza di un procuratore e/o di un rappresentante dell'Organizzazione Sindacale cui l'interessato aderisce o conferisce mandato;

II. entro il termine fissato, il medico convocato, se non intende presentarsi, può inviare una memoria scritta o, in caso di grave od oggettivo impedimento, formulare motivata istanza di rinvio del termine per l'esercizio della propria difesa;

III. in caso di differimento superiore a 10 (dieci) giorni dalla scadenza del preavviso, per impedimento del medico, il termine per la conclusione del procedimento è prorogato in misura corrispondente. Il rinvio del termine può essere concesso una volta sola nel corso del procedimento, fatto salvo particolari casi riconosciuti e certificati. Qualora il medico non produca alcuna controdeduzione scritta o non si presenti, il Direttore di Distretto dà corso comunque alla valutazione del caso;

IV. il Direttore del Distretto conclude il procedimento, con l'atto di archiviazione o di irrogazione della sanzione, entro 60 (sessanta) giorni dalla contestazione dell'addebito;

b) procedimento per l'UPDC:

I. l'UPDC con immediatezza, e comunque non oltre 30 (trenta) giorni decorrenti dal ricevimento della segnalazione da parte del Direttore del Distretto, ovvero dal momento in cui abbia altrimenti avuto comunicazione formale dei fatti ritenuti di rilevanza disciplinare di propria competenza, sentito il Direttore di Distretto sul grado di gravità della violazione, provvede alla contestazione scritta dell'addebito e convoca l'interessato, con un preavviso di almeno 20 (venti) giorni, per l'audizione in contraddittorio a sua difesa con l'eventuale assistenza di un procuratore e/o di un rappresentante dell'Organizzazione Sindacale cui l'interessato aderisce o conferisce mandato;

II. in caso di grave od oggettivo impedimento, ferma la possibilità di depositare memorie scritte, il medico può formulare istanza motivata di differimento dell'audizione a sua difesa con proroga del termine per la conclusione del procedimento in misura corrispondente. Il rinvio del termine può essere concesso una sola volta nel corso del procedimento, fatto salvo particolari casi riconosciuti e certificati. Qualora il medico non produca alcuna controdeduzione scritta o non si presenti, l'UPDC dà corso comunque alla valutazione del caso;

III. le determinazioni conclusive del procedimento disciplinare sono assunte dal Direttore Generale entro 120 (centoventi) giorni dalla contestazione dell'addebito.

IV. l'atto di contestazione e il provvedimento finale del procedimento, con allegata la relativa documentazione, compreso l'eventuale deliberato, sono inviate all'Ordine provinciale d'iscrizione del medico, ai fini di cui all'art. 8, comma 3, del D.L.vo n. 502/92 e s.m.i.

8. Nelle procedure di cui al presente articolo il Direttore di Distretto può essere sostituito dal Direttore di Dipartimento, se previsto dalla normativa regionale.

9. Le violazioni di cui al presente articolo danno luogo all'applicazione di sanzioni, avuto riguardo ai seguenti criteri:

   – intenzionalità del comportamento, negligenza, imprudenza, tenuto conto anche della prevedibilità dell'evento;

   – rilevanza della infrazione e dell'inosservanza delle disposizioni contrattuali;

   – disservizio provocato;

   – occasionalità o ripetitività dell'infrazione;

   – recidiva di sanzioni disciplinari nel biennio precedente.

10. Le violazioni di minore gravità danno luogo all'applicazione del richiamo verbale e, per il reiterarsi di infrazioni che hanno comportato il richiamo verbale, al richiamo scritto da parte del Direttore di Distretto.

11. Le violazioni di maggiore gravità danno luogo alle seguenti sanzioni da parte dell'UPDC:

    a) sanzione pecuniaria, di importo non inferiore al 10% e non superiore al 20% della retribuzione corrisposta nel mese precedente, per la durata massima di cinque mesi per infrazioni gravi e per il reiterarsi di infrazioni che hanno comportato il richiamo scritto;

    b) sospensione dall'incarico per durata non inferiore a 1 mese e non superiore a 6 mesi per infrazioni di maggior gravità rispetto alla lettera precedente e per recidiva di infrazioni che hanno comportato la riduzione del trattamento economico;

    c) revoca dell'incarico con preavviso per infrazioni particolarmente gravi, per fatti illeciti di rilevanza penale e per recidiva di infrazioni che hanno comportato la sospensione dall'incarico. Comportano, in ogni caso, la revoca con preavviso le seguenti violazioni:

       – mancato rispetto delle norme contrattuali in materia di espletamento di attività libero professionale;

       – accertato e non dovuto pagamento, anche parziale, per prestazioni previste dagli Accordi rese ai propri assistiti o agli utenti;

       – mancato rispetto delle norme in tema di incompatibilità in costanza di incarico, ad esclusione della fattispecie prevista dall'articolo 24, comma 3, lettera e).

    d) revoca dell'incarico senza preavviso per infrazioni relative agli obblighi deontologici, legali e convenzionali o per fatti illeciti di rilevanza penale, di gravità tale da compromettere irrimediabilmente il rapporto di fiducia con l'Azienda e da non consentire la prosecuzione, neppure provvisoria, del rapporto di lavoro.

12. Al medico non può essere conferito un nuovo incarico convenzionale ai sensi del presente ACN in caso di revoca dell'incarico convenzionale:

    – per condanna penale definitiva, in relazione alla quale è prevista l'interdizione perpetua dai pubblici uffici ovvero l'estinzione, comunque denominata, del rapporto di lavoro;

    – per responsabilità penale, risultante da condanna passata in giudicato, per delitti commessi al di fuori dell'attività di medico convenzionato e non attinenti in via diretta al rapporto di lavoro ma che per la loro specifica gravità non siano compatibili con la prosecuzione del suddetto rapporto;

- senza preavviso, di cui al comma 11, lettera d), salvo il venir meno dei presupposti di adozione del provvedimento stesso di revoca.

13. Negli altri casi di revoca, il medico può presentare nuova domanda di inclusione nella graduatoria regionale decorsi due anni dalla cessazione. Una nuova attribuzione dell'incarico può avvenire solo in un ambito differente da quello detenuto all'atto della revoca per motivi disciplinari.

14. Per le fattispecie di cui al comma 11, lettere c) e d), il procedimento prosegue anche in caso di sopravvenuta cessazione del rapporto di convenzionamento del medico con l'Azienda.

15. La violazione dei termini stabiliti nel presente articolo comporta, nel caso in cui la responsabilità sia dell'Azienda, la decadenza dall'azione disciplinare e, nel caso in cui la responsabilità sia del medico di medicina generale, la decadenza dall'esercizio del diritto di difesa.

16. Per quanto non previsto dal presente articolo si applicano le disposizioni del Codice di Procedura Civile.

ART. 26 – FORMAZIONE CONTINUA (ECM).

1. La formazione professionale continua per il medico di medicina generale riguarda la crescita culturale e professionale dello stesso, le attività inerenti ai servizi e alle prestazioni erogate, secondo quanto previsto dagli Accordi della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome e nel rispetto della programmazione regionale ed aziendale.
2. Le Aziende sanitarie adottano il Piano di Formazione Aziendale (PFA) con il supporto delle strutture e con il contributo degli organi preposti alla formazione continua e del Comitato di cui all'articolo 12 del presente Accordo.
3. Il PFA è costruito sulla base:
   - dei bisogni formativi dei medici evidenziati dai dossier formativi;
   - dell'analisi della situazione esistente;
   - degli indirizzi derivanti dal Piano strategico aziendale, dai Piani sanitari e formativi regionali e nazionali e dai programmi di collaborazione con le Università.

   In particolare, per le attività rivolte anche alla medicina generale, il PFA tiene conto:
   - degli indirizzi derivanti dai Piani di Formazione Nazionali e Regionali;
   - delle necessità formative derivanti dai programmi di integrazione ospedale-territorio;
   - delle necessità formative derivanti dall'applicazione degli Accordi regionali e aziendali;
   - delle necessità formative derivanti da disposizioni normative.
4. Le Regioni, sulla base di specifici Accordi regionali, possono dotarsi di appositi Centri Formativi Regionali per la medicina generale.
5. La formazione continua avviene attraverso iniziative di formazione e apprendimento utilizzabili ai fini dell'ECM, tramite formazione residenziale, Formazione a Distanza (FAD), attività di formazione sul campo incluse le attività di ricerca e sperimentazione, autoformazione entro il limite previsto dalla normativa vigente, ecc., che danno luogo a crediti formativi quantificati in base agli Accordi della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome e agli indirizzi della Commissione Nazionale per la Formazione Continua.
6. Le iniziative regionali ed aziendali di formazione e apprendimento utilizzabili ai fini dell'ECM garantiscono almeno il 50% e possono valere fino al 70% del debito formativo annuale. Le Regioni e le Aziende pubblicano sui propri siti istituzionali entro il 30 giugno di ogni anno gli eventi ECM che intendono organizzare nell'anno, al fine di permettere ai medici di poter completare l'acquisizione dei crediti formativi previsti, anche in applicazione del successivo comma 10.
7. Nel caso in cui le iniziative di cui al comma 6 vengano effettuate con formazione residenziale, si svolgono di norma il sabato mattina nel limite di 40 ore annue, secondo le modalità definite dagli Accordi regionali e la partecipazione rientra nei compiti retribuiti e prevede l'eventuale sostituzione del medico a carico dell'Azienda.
8. L'Azienda, sentito il Comitato aziendale, definisce l'obbligatorietà dei corsi del presente articolo.
9. Il medico che non frequenti per due anni consecutivi le iniziative obbligatorie di formazione e apprendimento utilizzabili ai fini dell'ECM è soggetto, salvo giustificati motivi all attivazione

delle procedure disciplinari di cui all'articolo 25 per l'eventuale adozione delle sanzioni previste, graduate a seconda della continuità dell'assenza.

10. Il medico di medicina generale ha facoltà di partecipare a proprie spese a iniziative di formazione e apprendimento di cui al comma 5, non organizzate né gestite direttamente dalla Regione o dalle Aziende, ma comunque svolte da soggetti accreditati ed attinenti alle tematiche della medicina generale, fino alla concorrenza del 30% / 50% utile al completamento dei crediti previsti per l'aggiornamento; in ogni caso la partecipazione a tali corsi non può comportare oneri a carico dell'Azienda.

ART. 27 – ATTIVITÀ DIDATTICA.

1. Le Regioni, le Aziende, le Università e gli Ordini dei medici possono promuovere attività di ricerca e sperimentazione in collaborazione con i medici di medicina generale.

2. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono:

   a) il fabbisogno regionale di animatori di formazione, da individuarsi tra i medici di medicina generale, per la realizzazione della formazione continua di cui al precedente articolo, nonché l'attuazione di corsi di formazione per gli stessi animatori, articolati sulla base di un progetto formativo specifico. Gli stessi Accordi possono definire criteri di riconoscimento di attestati di idoneità conseguiti in altri corsi di formazione specifica;

   b) la creazione di un elenco regionale di animatori di formazione, con idoneità acquisita nei corsi di cui alla lettera a) o altrimenti acquisita e riconosciuta dalla Regione, da individuarsi tra i medici di medicina generale, sulla base di espliciti criteri di valutazione, fra i quali deve essere previsto un curriculum formativo. Sono riconosciuti gli attestati di idoneità già acquisiti in corsi validati dalla Regione;

   c) il fabbisogno regionale di docenti di medicina generale per i corsi di formazione continua di cui all'articolo precedente, nonché i criteri per la individuazione dei docenti di medicina generale da inserire in apposito elenco sulla base del loro curriculum formativo;

   d) la promozione di attività di sperimentazione e ricerca, anche in collaborazione con le Università.

3. Le Regioni possono organizzare specifici corsi di formazione per i medici di medicina generale che svolgono attività didattica (animatori di formazione, docenti, tutor) e regolamentare l'iscrizione degli stessi medici "esperti" in formazione in uno specifico elenco.

4. Le attività didattiche di cui al presente articolo non possono determinare oneri derivanti dal presente Accordo e non comportano riduzione del massimale individuale.

ART. 28 – LIBERA PROFESSIONE.

1. Il medico di medicina generale, al di fuori degli obblighi e delle funzioni previste dal presente Accordo, può svolgere attività libero professionale purché lo svolgimento di tale attività non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento dei propri compiti convenzionali, ivi compresi quelli riferiti alla sua attività all'interno della AFT. Nel caso di cui alla lettera b) del successivo comma 3, il medico di medicina generale dà comunicazione all'Azienda sulla tipologia e le caratteristiche della stessa.
2. Il medico di medicina generale ad incarico orario può esercitare la libera professione al di fuori degli orari di servizio, dandone comunicazione all'Azienda.
3. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta può svolgere attività libero-professionale:
   a) a carattere occasionale, su richiesta del cittadino, al di fuori degli orari della propria attività convenzionale. Lo svolgimento di tale attività non comporta riduzione del massimale di scelte;
   b) strutturata, se espletata in forma organizzata e continuativa, con impegno settimanale definito, al di fuori degli orari della propria attività convenzionale. L'esercizio di tale attività non comporta riduzione del massimale qualora sia espletata all'interno delle seguenti fasce:
      - fino a 1.000 assistiti, 18 ore;
      - da 1.001 assistiti a 1.200 assistiti, 12 ore;
      - da 1.201 assistiti a 1.500 assistiti, 8 ore;
      - oltre 1.500 assistiti, 5 ore.

      In ogni caso la eventuale riduzione del massimale per lo svolgimento di libera professione strutturata non può essere inferiore al rapporto ottimale di cui all'articolo 32. Lo svolgimento di detta attività è subordinato all'espletamento dell'attività istituzionale del medico all'interno della AFT;
   c) nell'ambito degli Accordi Attuativi Aziendali, in forma organizzata e continuativa, al di fuori degli orari di attività convenzionale, per specifiche attività definite dall'Azienda anche con soggetti terzi.
4. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria con attività di 24 ore settimanali che svolga concomitante attività a ciclo di scelta fino alla concorrenza di 650 assistiti può svolgere attività libero-professionale strutturata fino ad un massimo di 8 ore settimanali.
5. Il medico a ciclo di scelta non può svolgere in libera professione attività già previste dal presente Accordo e dagli accordi decentrati in favore dei propri assistiti. Fanno eccezione, a titolo esemplificativo, alcune prestazioni tra cui:
   a) prestazioni professionali anche comportanti l'impiego di supporti tecnologici e strumentali, diagnostici e terapeutici, non comprese tra le prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 6 o tra quelle retribuite in base a percorsi assistenziali previsti da Accordi regionali o aziendali stipulati con le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative;
   b) prestazioni richieste e prestate nelle fasce orarie notturne, il sabato ed i festivi;
   c) prestazioni specialistiche inerenti la specializzazione posseduta;

d) prestazioni concernenti discipline cliniche predeterminate dall'interessato e delle quali l'assistito sia portato preventivamente a conoscenza.

6. Il medico a ciclo di scelta che non intenda esercitare attività aggiuntive non obbligatorie previste da Accordi regionali o aziendali non può esercitare le stesse attività in regime libero-professionale.

7. Il medico incaricato ai sensi dell'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 o dell'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, non può esercitare attività libero professionale, fatta salva l'attività certificativa prevista dalla normativa vigente nei confronti dei propri assistiti nonché le visite occasionali riferite ai non residenti e l'assistenza ai turisti.

8. Nell'ambito dell'attività libero professionale il medico può svolgere attività in favore dei fondi integrativi di cui all'articolo 9 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i..

TITOLO II – ATTIVITÀ DELLA MEDICINA GENERALE

CAPO I – RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

ART. 29 – CARATTERISTICHE GENERALI DELLE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT).

1. Le AFT, di cui all'articolo 1 del D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni, nella L. 8 novembre 2012, n. 189, sono forme organizzative monoprofessionali che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione.
2. Le AFT condividono percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, secondo quanto previsto all'articolo 8 del presente Accordo.
3. La AFT garantisce l'assistenza per l'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana ad una popolazione non superiore a 30.000 abitanti, fermo restando le esigenze legate alle aree ad alta densità abitativa, ed è costituita da medici del ruolo unico di assistenza primaria operanti sia a ciclo di scelta che su base oraria.
4. L'istituzione della AFT garantisce la diffusione capillare dei presidi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nell'ambito dei modelli organizzativi regionali.
5. La AFT è priva di personalità giuridica. I medici partecipanti possono essere supportati sia per l'acquisizione che per la gestione dei relativi fattori produttivi da società di servizi, anche cooperative; in ogni caso dette società di servizi non possono fornire prestazioni mediche proprie del medico di medicina generale regolamentate dal presente Accordo e dagli accordi decentrati.
6. I compiti essenziali della AFT sono:
   a) assicurare l'erogazione a tutti i cittadini che ad essa afferiscono dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA), nonché l'assistenza ai turisti ai sensi dell'articolo 46;
   b) realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, estesa all'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente;
   c) garantire la continuità dell'assistenza anche mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata, del fascicolo sanitario elettronico (FSE) e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata.
7. La AFT realizza i compiti di cui al precedente comma, secondo il modello organizzativo regionale, in pieno raccordo con la forma organizzativa multiprofessionale di riferimento, alla quale la AFT e i suoi componenti si collegano funzionalmente, integrando il team multiprofessionale per la gestione dei casi complessi e per specifici programmi di attività.
8. I medici del ruolo unico di assistenza primaria, oltre ad esercitare l'attività convenzionale nei confronti dei propri assistiti, contribuiscono alla promozione della medicina di iniziativa, ed in particolare operano per:
   a) garantire una effettiva presa in carico degli assistiti a partire, in particolare, dai pazienti cronici con bisogni assistenziali complessi di tutte le età. A tal fine e con riferimento specifico

a questa tipologia di assistiti attivano l'integrazione con gli altri servizi sanitari di secondo e terzo livello, con diritto all'accesso in ospedale dei medici convenzionati;

b) contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con le strutture territoriali di riferimento e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza.

9. I medici del ruolo unico di assistenza primaria sono funzionalmente connessi tra loro mediante una struttura informatico-telematica di collegamento tra le schede sanitarie individuali degli assistiti che consenta, nel rispetto della normativa sulla privacy e della sicurezza nella gestione dei dati, l'accesso di ogni medico della AFT ad informazioni cliniche degli assistiti degli altri medici operanti nella medesima AFT per una efficace presa in carico e garanzia di continuità delle cure.

10. L'Accordo integrativo Regionale può integrare compiti e funzioni delle AFT, in attuazione di quanto stabilito dalla programmazione regionale, implementando modelli correlati al grado di complessità della presa in carico assicurata alla popolazione di riferimento.

11. Le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance della AFT sono parte integrante del programma delle attività territoriali di cui alla all'articolo 3-quater, comma 3 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502. La valutazione dei risultati raggiunti dalla AFT, secondo indicatori stabiliti negli Accordi Integrativi Regionali, costituisce un elemento per l'erogazione delle parti variabili del trattamento economico dei medici componenti la stessa AFT.

12. Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito nel Comitato aziendale.

Art. 30 – Il referente di AFT.

1. I medici componenti la AFT individuano al loro interno, con modalità definite nel regolamento di funzionamento di cui all'articolo 29, comma 12, un referente ed il suo sostituto. I medici proposti devono essere disponibili a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per la durata prevista. Gli Accordi Integrativi Regionali disciplinano la durata del mandato e le modalità di svolgimento. Tale funzione non incide sull'incarico convenzionale in essere.
2. Il referente si occupa, per la parte che riguarda la AFT, dell'integrazione dei servizi e dei percorsi assistenziali volti a garantire continuità dell'assistenza con gli altri servizi aziendali, incluso il raccordo funzionale con la forma organizzativa multiprofessionale di riferimento.
3. Il referente coordina altresì l'attività dei medici componenti della AFT allo scopo di garantire la continuità della assistenza per tutto l'arco della giornata e per tutti i giorni della settimana.
4. Il referente predispone annualmente la relazione dell'attività svolta dalla AFT per il raggiungimento degli obiettivi assegnati, sulla base di indicatori di processo e di risultato concordati con l'Azienda.
5. Il referente collabora con l'Azienda, in particolare con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), per risolvere disservizi inerenti alla AFT a seguito di segnalazioni.
6. Al referente è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono l'entità della remunerazione destinata alla funzione di "referente", il cui onere è finanziato con risorse attinte preventivamente dal fondo di cui all'articolo 47, comma 2, lettera B, punto II.
7. Il Direttore Generale dell'Azienda ratifica la designazione e valuta annualmente il referente di AFT in relazione ai compiti di cui al presente articolo. In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati di cui all'articolo 29, comma 11 del presente Accordo e sentiti i componenti della AFT, ovvero su richiesta dei componenti della AFT secondo quanto previsto dal regolamento di funzionamento di cui all'articolo 29, comma 12 del presente Accordo, il Direttore Generale dell'Azienda può procedere, anche prima della scadenza, al subentro del sostituto nella funzione fino alla nuova designazione ai sensi del precedente comma 1.
8. Tra i referenti di AFT del Distretto è individuato il rappresentante dei medici di medicina generale componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali.
9. L'attuazione di quanto previsto dal presente articolo è demandata al regolamento di funzionamento di cui all'articolo 29, comma 12 del presente Accordo.

ART. 31 – RUOLO UNICO DEL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA.

1. Dall'entrata in vigore del presente Accordo i medici già titolari di incarico di:

   a) Assistenza Primaria;

   b) Continuità Assistenziale;

   assumono la denominazione di medici del ruolo unico di assistenza primaria.

2. Il ruolo unico di assistenza primaria di cui D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189 prevede che i medici del ruolo unico di assistenza primaria svolgano attività professionale a ciclo di scelta e/o su base oraria, operando nelle AFT e nelle forme organizzative multiprofessionali (UCCP) come disciplinato dal presente Accordo.

3. Ai medici del ruolo unico di assistenza primaria operanti a rapporto orario a tempo indeterminato nelle AFT è consentita l'iscrizione negli elenchi di scelta a seguito del conferimento di incarico secondo le procedure di cui all'articolo 34. Ai medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta operanti a tempo indeterminato nelle AFT è consentita l'attribuzione di incarico orario secondo le procedure di cui all'articolo 34.

4. All'entrata in vigore del presente Accordo i medici già titolari di concomitanti incarichi di cui al comma 1, lettere a) e b) confluiscono nel ruolo unico dell'Azienda dove svolgono attività a ciclo di scelta. Resta in capo alle singole Aziende la gestione dei distinti incarichi convenzionali.

ART. 32 – RAPPORTO OTTIMALE E CARENZA ASSISTENZIALE.

1. Il rapporto ottimale dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, già definito ai sensi dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., prevede per l'attività a ciclo di scelta un medico ogni 1.000 abitanti residenti (1:1.000) o frazione di 1.000 superiore a 500 e per l'attività oraria un medico/24 ore ogni 5.000 abitanti residenti (1:5.000).

2. Gli Accordi Integrativi Regionali determinano per ambiti territoriali o per l'intero territorio regionale i valori del rapporto ottimale dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, con possibile variazione in aumento fino al 30%, e a rapporto orario, con possibile variazione in diminuzione o in aumento fino al 30%.

   Tali Accordi possono indicare per ambiti territoriali o per l'intero territorio regionale rapporti ottimali diversi, tenuto conto, in particolare, delle caratteristiche demografiche, anche con riferimento a territori a bassa densità abitativa, delle peculiarità geografiche del territorio e dell'offerta assistenziale.

3. Nei Comuni comprendenti più Aziende, per la determinazione del rapporto ottimale, si fa riferimento alla popolazione complessiva residente nel Comune.

4. L'ambito territoriale di iscrizione del medico, ai fini dell'esercizio della scelta da parte del cittadino e della apertura degli studi medici, è costituito, sulla base di determinazioni regionali, da uno o più Comuni con popolazione di almeno 7.000 abitanti; per particolari situazioni possono essere individuati ambiti territoriali con popolazione minore di 7.000 ma comunque non inferiore a 5.000 unità. Il medico operante in un Comune comprendente più Aziende è iscritto nell'elenco di una sola Azienda. In caso di modifica di ambito territoriale, il medico conserva tutte le scelte in suo carico, comprese quelle che vengono a far parte di un ambito diverso da quello in cui, in conseguenza della modifica, si trova inserito, nel rispetto del diritto di scelta degli assistiti.

5. La AFT è l'articolazione organizzativa di riferimento da considerare per la valutazione del fabbisogno assistenziale.

6. In tutti i Comuni, Circoscrizioni e località con un numero di abitanti superiore al 50% del valore utilizzato nella determinazione del rapporto ottimale di cui al comma 2 deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale. Le procedure per l'applicazione del rapporto ottimale per i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta sono definite secondo quanto previsto dall'Allegato 7 del presente Accordo.

7. Fatto salvo quanto previsto ai commi precedenti, nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali possono essere individuate specifiche e peculiari modalità di determinazione degli ambiti da definirsi e dichiararsi carenti, anche sulla base del numero medio di assistiti in carico ai medici già inseriti e della effettiva capacità ricettiva del relativo ambito territoriale e previo parere del Comitato aziendale di cui all'articolo 12.

8. Qualora si determini una carenza ai sensi dei commi precedenti, l'Azienda provvede:

   A. PER CARENZA DI MEDICI A CICLO DI SCELTA

   attuando la procedura di mobilità interna di medici appartenenti ad ambiti territoriali diversi operanti nella medesima AFT, purché inseriti nel medesimo elenco di scelta da almeno 2 (due) anni. La zona resasi carente a seguito della procedura di mobilità è pubblicata secondo quanto previsto dall'articolo 33.

B. PER CARENZA DI MEDICI AD ATTIVITÀ ORARIA, tenendo conto del seguente ordine di priorità:

   I. medici già operanti nella AFT disponibili all'ampliamento di attività oraria nel limite del massimale orario;

   II. medici a ciclo di scelta, nel limite di quanto stabilito all'articolo 38, comma 7, già operanti nella AFT;

   III. riconduzione all'unicità del rapporto di lavoro dei medici di cui all'articolo 31, comma 4.

Nell'ambito delle categorie di cui alle lettere A e B i medici disponibili sono graduati nell'ordine della maggiore anzianità di incarico a tempo indeterminato e della minore età.

9. Espletate le procedure di cui ai commi precedenti, l'Azienda procede all'inserimento di medici ai sensi dell'articolo 33.

ART. 33 – ASSEGNAZIONE DI INCARICHI E INSTAURAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE.

1. L'Azienda, in attuazione di quanto previsto all'articolo 32, comma 9, procede all'assegnazione di incarichi ad attività oraria e/o a ciclo di scelta. In caso di assegnazione di incarico a ciclo di scelta, il medico ha l'obbligo di apertura dello studio nel Comune, nella località o nella sede indicata. In caso di assegnazione di incarico ad attività oraria, lo stesso deve essere previsto per almeno 24 ore settimanali.
2. La disponibilità di incarichi è resa nota tramite pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.
3. Possono concorrere al conferimento di incarichi i medici del ruolo unico di assistenza primaria già titolari di incarico a tempo indeterminato, i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso, i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale ed i medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, secondo le procedure di cui all'articolo 34.
4. Espletate le procedure di cui all'articolo 34, il Direttore Generale conferisce l'incarico a tempo indeterminato ovvero l'incarico temporaneo ai medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 o a quelli di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, precisando che il medico dovrà operare nella AFT o nella forma organizzativa multiprofessionale di assegnazione. In caso di disponibilità di più incarichi nel medesimo ambito territoriale afferenti a diverse AFT, l'Azienda individua l'AFT di assegnazione tenendo conto delle preferenze eventualmente espresse dall'interessato. Il medico, entro il termine di 90 (novanta) giorni dal ricevimento della comunicazione di incarico, a pena di decadenza, deve:
   a) aprire nell'ambito territoriale assegnatogli, tenuto conto delle prescrizioni di cui all'articolo 34, comma 3, uno studio professionale secondo i requisiti di cui all'articolo 35 e darne comunicazione alla Azienda;
   b) trasferire la residenza o eleggere il domicilio nella zona assegnatagli, se risiede in altro Comune;
   c) comunicare l'Ordine professionale provinciale di iscrizione.
5. L'Azienda, avuto riguardo a difficoltà connesse all'apertura dello studio, può consentire proroghe al termine di cui al comma 4 entro il limite massimo di ulteriori 60 (sessanta) giorni.
6. Al fine di agevolare l'inserimento del medico e per garantire l'assistenza nell'ambito territoriale assegnatogli, il medico, qualora l'Azienda metta a disposizione un ambulatorio ai sensi del successivo comma 10, a pena di decadenza deve avviare l'attività professionale entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione di incarico, fatto salvo il rispetto dei termini di cui all'articolo 24, comma 1, lettera a) del presente Accordo. È fatta salva la possibilità di non utilizzare l'ambulatorio reso disponibile dall'Azienda aprendo, nel medesimo termine, il proprio studio professionale. Il medico può trasferire successivamente il proprio studio in altra sede, senza interruzioni dell'assistenza e nel rispetto delle eventuali prescrizioni ricevute all'atto dell'assegnazione dell'incarico.

7. Il medico comunica l'avvenuta apertura dello studio entro il termine di cui al comma 4, fatto salvo quanto previsto al comma 5, ovvero entro il termine di cui al comma 6. Entro 15 (quindici) giorni dalla comunicazione l'Azienda procede alla verifica dell'idoneità dello studio in rapporto ai requisiti di cui all'articolo 35 e ne notifica i risultati al medico interessato assegnandogli, se necessario, un termine non superiore a 30 (trenta) giorni per eseguire gli adeguamenti prescritti. Trascorso inutilmente tale termine il medico decade dall'incarico.

8. L'incarico si intende definitivamente conferito, ai fini della decorrenza dell'iscrizione nell'elenco e della autorizzazione ad acquisire le scelte degli assistiti, con la comunicazione della Azienda attestante l'idoneità dello studio oppure alla scadenza del termine dei 15 (quindici) giorni di cui al comma precedente, qualora la Azienda non proceda alla prevista verifica di idoneità. È fatta comunque salva la facoltà della Azienda di verificare in qualsiasi momento l'idoneità dello studio. Gli effetti giuridici ed economici dell'incarico di ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria decorrono dalla data indicata nel provvedimento del conferimento dell'incarico.

9. Al medico, al quale sia stato definitivamente conferito l'incarico ai sensi del presente articolo, è fatto divieto di esercitare attività convenzionali ai sensi del presente Accordo in studi professionali collocati fuori dall'ambito territoriale nel cui elenco egli è iscritto. Per il valore di diffusione capillare e per il miglioramento della qualità dell'assistenza, può essere autorizzata l'apertura di più studi secondo le procedure previste dal precedente comma 7.

10. L'Azienda, per le finalità di cui al comma 6, può consentire l'utilizzazione di un ambulatorio eventualmente disponibile. L'ammontare e le modalità di compensazione delle spese per l'uso, comprese le spese per il suo utilizzo, sono definite a livello aziendale.

11. Il medico che instaura un rapporto convenzionale a seguito delle procedure del presente articolo può svolgere attività convenzionale in una sola Azienda.

12. Il Direttore Generale conferisce l'incarico a tempo indeterminato ai medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 o a quelli di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, con decorrenza dalla data di conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale, previa acquisizione dell'autocertificazione del titolo.

13. Il medico incaricato APP, all'atto del pensionamento definitivo ovvero della cessazione del rapporto per qualsiasi causa del medico titolare, è iscritto nell'elenco relativo al medesimo ambito territoriale del titolare cessato subentrando nel rapporto convenzionale.

ART. 34 – PROCEDURE PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI.

1. Entro la fine di marzo di ogni anno ciascuna Regione, o il soggetto da questa individuato, pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui al precedente articolo 32.
2. In sede di pubblicazione degli incarichi, fermo restando l'ambito di iscrizione negli elenchi di scelta del medico, l'Azienda può indicare la zona in cui deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale.
3. L'indicazione di cui al comma precedente costituisce vincolo alla apertura di uno studio nella zona indicata, vincolo che si protrae per un periodo di anni 3 (tre) dall'iscrizione nell'elenco, trascorso il quale il medico può chiedere all'Azienda di rimuovere tale vincolo, in caso di pubblicazione di una nuova zona carente nel medesimo ambito territoriale. Al momento del rilevamento della zona carente, l'Azienda, sentito il medico interessato, indica la sede lasciata vacante come sede di pubblicazione della nuova zona carente. Lo spostamento dello studio può avvenire esclusivamente con l'inizio dell'attività convenzionale del nuovo inserito.
4. Gli aspiranti, entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano alla Regione, o al soggetto da questa individuato, domanda di assegnazione, con apposizione del bollo secondo la normativa vigente, per uno o più incarichi vacanti.
5. Possono concorrere al conferimento degli incarichi:
   a) per trasferimento:
      i) relativamente ad incarichi di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, i medici titolari di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico a ciclo di scelta iscritti da almeno due anni in un elenco della Regione che pubblica l'avviso e quelli iscritti in un elenco di altra Regione da almeno quattro anni, che al momento di attribuzione dell'incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del SSN, eccezion fatta per l'attività del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria. Ai fini del computo del suddetto requisito è valutata la titolarità di incarico di assistenza primaria ai sensi dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo degli incarichi disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. Il trasferimento può avvenire anche in caso di disponibilità di un solo incarico;
      ii) relativamente ad incarichi di ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, i medici titolari di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico ad attività oraria da almeno 2 anni in un'Azienda della Regione che pubblica l'avviso e quelli titolari in un'Azienda di altra Regione da almeno 3 anni che al momento di attribuzione dell'incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del SSN, eccezion fatta per i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta con un carico inferiore a 650 assistiti. Ai fini del computo del suddetto requisito è valutata la titolarità di incarico di continuità assistenziale ai sensi dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza della metà degli incarichi disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto può essere esercitato il diritto di trasferimento;

b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso;

c) i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui al comma 4.

6. I medici già titolari d'incarico del ruolo unico di assistenza primaria a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.

7. I medici di cui al comma 5, lettera a), punto i), sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta / assistenza primaria, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 22, comma 1. I medici di cui al comma 5, lettera a), punto ii) sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria / continuità assistenziale, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 22, comma 1.

8. I medici di cui al comma 5, lettera b), sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

a) punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'articolo 19;

b) punti 5 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente (per attività a ciclo di scelta) o nell'Azienda nella quale è vacante l'incarico ad attività oraria per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;

c) punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

9. I medici di cui al comma 5, lettera c), sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

10. In caso di pari posizione in graduatoria, i medici di cui al comma 5, lettere a) e b), sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

11. Le graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vacanti sono formulate sulla base dell'anzianità, dei relativi punteggi e criteri indicati, con la precisazione, per ciascun nominativo, degli incarichi per cui concorre.

12. La Regione, o il soggetto da questa individuato, interpella i medici di cui al comma 5, lettera a), e, successivamente, i medici di cui al comma 5, lettera b), sulla base delle percentuali di riserva di cui ai successivi commi ed infine i medici di cui al comma 5, lettera c), con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente (per attività a ciclo di scelta), nell'Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

13. Per l'assegnazione degli incarichi di cui al comma 5, lettera b), le Regioni riservano una percentuale, calcolata a livello regionale e distinta per incarichi a ciclo di scelta ed incarichi ad attività oraria, come di seguito indicato:

a) 80% a favore dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale;

b) 20% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale.

14. Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande, incarichi spettanti ad una delle riserve di cui al comma precedente, gli stessi vengono assegnati all'altra.

15. Gli aspiranti all'assegnazione degli incarichi possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di cui al comma 13, fatto salvo il disposto di cui al precedente comma 14, e dichiarano nella domanda la riserva per la quale intendono concorrere.

16. I quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva di cui al comma 13 sono approssimati alla unità più vicina. In caso di quoziente frazionale pari per entrambe le riserve, il relativo posto viene assegnato alla riserva più bassa.

17. Espletate le procedure di cui ai commi precedenti, qualora uno o più incarichi rimangano vacanti, la Regione o il soggetto da questa individuato, predispone specifica comunicazione inerente la disponibilità degli incarichi sul proprio sito istituzionale e chiede la pubblicazione del relativo link sul sito della SISAC, da effettuarsi entro il medesimo anno, al fine di favorire la partecipazione di tutti i medici interessati. La Regione rende altresì evidente sul proprio sito la data di pubblicazione da parte della SISAC da cui decorre il termine di 20 (venti) giorni per la presentazione delle domande, in bollo, da parte dei medici, purché non titolari di altro incarico a tempo indeterminato analogo a quello per il quale concorre.

    La Regione, o il soggetto da questa individuato, procede alla valutazione delle domande pervenute secondo il seguente ordine di priorità:

    a) medici inseriti nelle graduatorie di altre Regioni;

    b) medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale.

    I candidati di cui alla lettera a) sono graduati sulla base del punteggio già attribuito nella vigente graduatoria di provenienza ed in caso di pari punteggio prevalgono, nell'ordine, la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea. I candidati di cui alla lettera b) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i medici residenti nell'ambito carente (per attività a ciclo di scelta), nell'Azienda, successivamente nella Regione e da ultimo fuori Regione.

18. In caso di mancata assegnazione degli incarichi sulla base delle procedure di cui ai commi precedenti possono concorrere al conferimento i medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12.

    Successivamente, gli eventuali incarichi rimasti vacanti sono attribuiti ai medici ai sensi dell'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60.

    I medici in formazione, entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione sul sito istituzionale della Regione dell'elenco degli incarichi ancora vacanti, possono presentare domanda di assegnazione, secondo le modalità di cui al precedente comma 4, esclusivamente nella stessa Regione presso la quale stanno frequentando il corso di formazione specifica in medicina generale.

19. I medici di cui al comma 18 sono graduati, nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari anzianità sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di

laurea e l'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente (per attività a ciclo di scelta), nell'Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

Ai medici con incarico temporaneo può essere attribuito un solo incarico a ciclo di scelta o ad attività oraria ed è corrisposto il trattamento economico di cui all'articolo 47, comma 2 per l'attività assistenziale a ciclo di scelta e all'articolo 47, comma 3 per l'attività assistenziale oraria.

20. La Regione, o il soggetto individuato, indica nell'avviso di cui al comma 1 la data e la sede di convocazione dei candidati ovvero provvede, secondo modalità dalla stessa definite, alla convocazione dei medici con un preavviso di 15 (quindici) giorni. Gli stessi termini e modalità si applicano alle procedure di cui ai commi 17, 18 e 19.

21. Il medico interpellato deve, a pena di decadenza, dichiarare l'incarico che accetta o rinunciare all'assegnazione.

22. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, secondo modalità definite dalla Regione o in assenza di tale definizione mediante posta elettronica certificata, la propria disponibilità all'accettazione con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli incarichi per i quali abbia presentato domanda; in tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati. Il medico che accetta l'incarico non può partecipare all'assegnazione di incarichi pubblicati nel corso dello stesso anno.

23. Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'articolo 24, comma 1, lettera a). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

24. All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 21 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

25. La Regione, o il soggetto individuato, espletate le formalità per l'assegnazione degli incarichi, invia gli atti alle Aziende interessate e, in caso di assegnazione per trasferimento ad un medico proveniente da altra Regione, comunica alla Azienda di provenienza l'avvenuta accettazione dell'incarico ai fini di quanto previsto al precedente comma 23.

26. Qualora l'incarico venga assegnato ad un medico già titolare in altra Regione di incarico a ciclo di scelta o ad attività oraria, la Regione, o il soggetto individuato, comunica all'Azienda di provenienza l'avvenuto conferimento dell'incarico, ai fini della verifica di eventuali incompatibilità e dei conseguenti effetti.

27. Per impreviste vacanze di incarichi o per sopravvenute esigenze straordinarie la Regione, o il soggetto da questa individuato, successivamente alla conclusione delle procedure di cui ai commi 1, 17, 18 e 19, può procedere, in corso d'anno, alla pubblicazione di ulteriori avvisi secondo i termini, i criteri e le modalità determinati nel presente articolo.

ART. 35 – REQUISITI DEGLI STUDI MEDICI.

1. Lo studio professionale privato del medico del ruolo unico di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta è presidio del Servizio Sanitario Nazionale che concorre al perseguimento degli obiettivi di salute del medesimo Servizio nei confronti del cittadino mediante attività assistenziali convenzionate e non convenzionate. Lo stesso è utilizzabile per lo svolgimento dell'attività del medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria.
2. Lo studio del medico convenzionato deve essere dotato degli spazi, degli arredi e delle attrezzature necessarie per l'esercizio dell'attività di assistenza primaria, di sala d'attesa adeguatamente arredata, di servizi igienici, di illuminazione e aerazione conformi alla legislazione e ai regolamenti vigenti, di strumenti di comunicazione con gli assistiti, di strumenti informatici idonei per assolvere ai compiti di cui all'articolo 6.
3. Detti ambienti sono adibiti esclusivamente ad uso di studio medico con destinazione specifica e possono essere anche inseriti in un appartamento di civile abitazione, con locali appositamente dedicati.
4. Se lo studio è ubicato presso strutture adibite ad attività private, incluse quelle autorizzate o accreditate, lo stesso deve avere un ingresso indipendente e deve essere eliminata ogni comunicazione con le restanti parti della struttura.
5. Lo studio professionale del medico iscritto nell'elenco, salvo quanto previsto in materia di orario di continuità dell'assistenza per la AFT, nell'ambito della fascia oraria 8,00-20,00 deve essere aperto agli aventi diritto per 5 giorni alla settimana, preferibilmente dal lunedì al venerdì, con previsione di apertura per almeno due fasce pomeridiane o mattutine alla settimana e comunque con apertura il lunedì, secondo un orario congruo e non inferiore a:
   - 5 ore fino a 500 assistiti;
   - 10 ore da 501 a 1.000 assistiti;
   - 15 ore da 1.001 a 1.500 assistiti;
   - 18 ore nei casi previsti dall'articolo 38, comma 2.
6. Le visite nello studio medico sono di norma erogate attraverso un sistema di prenotazione, salvo diversa valutazione del medico.
7. Le modalità di contattabilità del medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta al di fuori delle fasce orarie di apertura dello studio sono disciplinate dagli Accordi Integrativi Regionali.
8. Nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali possono essere previste le modalità di erogazione di prestazioni medico specialistiche in regime di accreditamento con contratto tra i medici di cure primarie operanti nelle forme organizzative, le Aziende sanitarie e le Aziende erogatrici pubbliche e/o private accreditate del medesimo ambito territoriale. Lo strumento primario di integrazione riguarda la definizione e l'utilizzo di linee guida diagnostico-terapeutiche condivise. Gli Accordi specifici devono far riferimento ai requisiti autorizzativi e di accreditamento, necessari al funzionamento delle unità di offerta, e derivanti dalla normativa nazionale e regionale in tema di autorizzazione ed accreditamento.
9. Nel caso di esercizio della propria attività convenzionale in più studi, l'orario di cui al comma 5 può essere frazionato tra tutti gli studi con prevalente apertura in quello principale.

10. I medici devono comunicare all'Azienda e agli assistiti le modalità di organizzazione e l'articolazione oraria di apertura degli studi al fine di garantire una costante informazione.
11. Gli studi possono essere anche utilizzati per ulteriori finalità connesse al potenziamento dell'assistenza territoriale convenzionata, concordate a livello aziendale sulla base di specifica programmazione regionale.

ART. 36 – SOSTITUZIONI.

1. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta ha l'obbligo di farsi sostituire fin dall'inizio dell'assenza. Ove possibile il medico sostituto deve possedere i requisiti per ottenere incarichi di cui al presente Accordo a tempo indeterminato o temporanei ai sensi dell'articolo 9 del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 e dell'articolo 12 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60. Il medico ha l'obbligo di comunicare al referente di AFT, in caso di sostituzione fino a 3 giorni, per le attività inerenti alla AFT, ovvero all'Azienda, in caso di sostituzione per più di 3 giorni consecutivi, la durata e le motivazioni, nonché il nominativo del sostituto. Il medico titolare di scelte deve inoltre informare i propri assistiti sulla durata e le modalità della sostituzione, dandone comunicazione anche al referente di AFT.

2. La sostituzione del medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta che non abbia potuto provvedere ai sensi del comma 1 può essere effettuata da medici operanti nella medesima AFT, che ne diano disponibilità, secondo modalità e procedure concordate tra gli stessi e il referente di AFT.

3. La sostituzione del medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria può essere effettuata da medici ad attività oraria operanti nella medesima AFT, che ne diano disponibilità, secondo modalità e procedure concordate tra gli stessi e il referente di AFT.

4. Qualora non sia stato possibile effettuare la sostituzione del medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta secondo quanto previsto al comma 2, l'Azienda provvede contattando prioritariamente i medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria operanti nella AFT, poi in Azienda, secondo l'ordine di anzianità di incarico, successivamente i medici iscritti nella graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 6, con priorità per i residenti nell'ambito di iscrizione del medico sostituito.

5. Qualora non sia stato possibile effettuare la sostituzione del medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria secondo quanto previsto al comma 3, l'Azienda propone la sostituzione ai medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria operanti in Azienda, secondo l'ordine di anzianità di incarico, successivamente interpella i medici iscritti nella graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 6, con priorità per i residenti nell'ambito di attività del medico sostituito, ed infine propone la sostituzione ai medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta operanti nella medesima AFT, che ne diano disponibilità.

6. Il sostituto assume direttamente e formalmente, all'atto dell'accettazione della sostituzione, le responsabilità professionali e gli obblighi del titolare, sia per l'attività prestata nei confronti degli assistiti che per l'attività oraria. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del titolare durante il periodo di sostituzione.

7. Alla sostituzione del medico sospeso dall'incarico ai sensi dell'articolo 22, comma 1, provvede la Azienda utilizzando la graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 6. Le scelte restano in carico al medico sospeso, fatta salva la revoca da parte degli assistiti.

8. L'attività di sostituzione, a qualsiasi titolo svolta, non comporta l'iscrizione nell'elenco di scelta, anche se determina l'assunzione di tutti gli obblighi professionali previsti dal presente Accordo, dagli Accordi regionali ed aziendali.

9. Il compenso spettante al medico che effettua sostituzione per attività a ciclo di scelta è pari al 70% del compenso di cui all'articolo 47, comma 2, lettera A, punto I, ed è corrisposto:

   a) intero per i mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre;

   b) maggiorato del 20% per i mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo;

   c) ridotto del 20% per i mesi di giugno, luglio, agosto e settembre.

   Al titolare viene corrisposta la restante parte dei compensi mensili dovuti.

   Al sostituto spettano inoltre i compensi per le prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 6 e, con le stesse limitazioni previste per il titolare, per le prestazioni di assistenza domiciliare programmata (ADP) di cui all'Allegato 8 ed integrata (ADI) di cui all'Allegato 9, eseguite nel corso della sostituzione.

10. Per sostituzioni pari o inferiori a 30 (trenta) giorni e comunque per i primi 30 (trenta) giorni di sostituzione continuativa del medico a ciclo di scelta l'Azienda corrisponde i compensi al medico titolare, il quale provvede ad erogare al sostituto i compensi dovuti di cui al comma precedente nel rispetto della normativa fiscale. Dal trentunesimo giorno l'Azienda corrisponde i suddetti compensi direttamente al sostituto e al titolare. Se il sostituto è incaricato dall'Azienda i compensi sono corrisposti allo stesso fin dal primo giorno di sostituzione. In caso di decesso del medico, il sostituto già designato prima del decesso può proseguire l'attività di sostituzione per non più di 30 (trenta) giorni, conservando il trattamento di cui beneficiava durante la sostituzione.

11. Al medico che effettua sostituzione per attività oraria spetta il compenso indicato all'articolo 47, comma 3, oltre ai compensi previsti per le prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 6.

12. Quando il medico sostituito, per qualsiasi motivo, sia nell'impossibilità di percepire i compensi che gli spettano in relazione al periodo di sostituzione, l'Azienda può liquidare tali competenze direttamente al medico che ha effettuato la sostituzione.

ART. 37 – INCARICHI PROVVISORI.

1. Qualora in un ambito territoriale si determini una carenza di assistenza dovuta a mancanza di medici in grado di acquisire tutte le scelte o le ore disponibili, in attesa del conferimento di incarico del ruolo unico di assistenza primaria ai sensi dell'articolo 33, l'Azienda può conferire un incarico provvisorio interpellando prioritariamente i medici titolari del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria operanti nella medesima AFT, poi in Azienda, secondo l'ordine di anzianità di incarico, successivamente utilizzando la graduatoria di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 6, con priorità per i medici residenti nell'ambito carente (per attività a ciclo di scelta), nell'Azienda, nella Regione ed infine fuori Regione. L'incarico provvisorio a ciclo di scelta di cui al presente comma non viene conferito quando l'eccedenza degli assistibili rispetto alla somma dei massimali dei singoli medici iscritti nell'elenco dell'ambito territoriale non supera il 50% del rapporto ottimale di cui all'articolo 32.
2. L'incarico provvisorio ha durata inferiore a dodici mesi, cessa alla data di scadenza o di inserimento del medico titolare.
3. Per l'attività assistenziale a ciclo di scelta viene corrisposto il compenso di cui all'articolo 47, comma 2, lettera A, punto I); per l'attività oraria è riconosciuto il compenso indicato all'articolo 47, comma 3. Spettano inoltre i compensi per le prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 6 e, con le stesse limitazioni previste per il titolare, per le prestazioni di assistenza domiciliare programmata (ADP) di cui all'Allegato 8 ed integrata (ADI) di cui all'Allegato 9.
4. L'Azienda è tenuta a concedere in uso l'eventuale struttura ambulatoriale in suo possesso nell'ambito territoriale di incarico.

ART. 38 – MASSIMALE E SUE LIMITAZIONI.

1. I medici del ruolo unico di assistenza primaria iscritti negli elenchi possono acquisire un numero massimo di scelte pari a 1.500 unità. Eventuali deroghe al massimale possono essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali, ai sensi dell'articolo 48, comma 3, punto 5, della Legge 833/78, per un tempo determinato, non superiore comunque a sei mesi.
2. In attuazione della programmazione regionale, l'AIR può prevedere l'innalzamento del massimale di cui al comma 1 fino al limite massimo di 1.800 scelte esclusivamente per i medici che operano nell'ambito delle forme organizzative multiprofessionali del ruolo unico di assistenza primaria, con personale di segreteria e infermieri ed eventualmente altro personale sanitario, per assicurare la continuità dell'assistenza, come previsto dall'articolo 35, comma 5 e/o in aree disagiate individuate dalla Regione nelle quali tale innalzamento si rende necessario per garantire l'assistenza.
3. Le scelte in deroga e le scelte di cui all'articolo 39, commi 4, 5, 6 e 7 e le scelte dei minori nella fascia di età 0-6 anni, una volta raggiunti i massimali di cui ai commi 1 e 2, sono acquisibili nella misura massima del 5%.
4. I medici che, alla data di entrata in vigore dell'ACN, hanno un numero di assistiti in carico superiore a quanto stabilito dal presente articolo rientrano nel limite mediante la sospensione dell'attribuzione di nuove scelte.
5. Le Aziende possono autorizzare i medici ad autolimitare la propria attività a ciclo di scelta in misura non inferiore al rapporto ottimale. Il massimale individuale derivante da autolimitazione del numero di scelte non è modificabile, su richiesta del medico, prima di 3 (tre) anni dalla data di decorrenza della stessa. A far data dall'autorizzazione alla autolimitazione, non possono essere assegnate al medico ulteriori scelte.
6. I compensi sono corrisposti fino al massimale cui al comma 1, fatto salvo quanto previsto al comma 2, o massimale individuale derivante da autolimitazione di cui al comma 5. Le scelte di cui al comma 3 sono retribuite nel limite indicato.
7. L'impegno settimanale del medico di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta equivale convenzionalmente ad un rapporto di 40 assistiti/ora e comporta l'applicazione dei seguenti limiti per lo svolgimento dell'attività oraria, da utilizzarsi anche a fronte dell'aumento degli assistiti:

   a) 24 ore, fino a 650 assistiti;

   b) 12 ore, da 651 fino a 1.120 assistiti.

   Al raggiungimento dei limiti degli assistiti l'Azienda provvede entro sei mesi, previa comunicazione al medico interessato, alla riduzione o cessazione del numero di ore in applicazione di quanto previsto dal presente comma.
8. L'incarico di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria è di 24 ore settimanali, con possibilità, per garantire l'attività di assistenza diurna feriale nell'ambito della AFT, di estensione fino a 38 ore, come previsto dall'articolo 32, comma 8, lettera B, punto I.
9. Ai medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria con incarico di 24 ore settimanali possono essere attribuite, per attività istituzionali e progetti assistenziali definiti nell'ambito degli Accordi regionali ed aziendali, ulteriori 4 ore collegate a prestazioni diurne. In

giorni feriali o festivi, nella AFT. Tali ore non concorrono alla determinazione del massimale orario. Sono fatti salvi gli Accordi regionali vigenti in materia.

10. In attuazione di quanto disposto dall'articolo 9, comma 2, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 nonché dall'articolo 12, comma 4 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, le Regioni, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 24, comma 3, del D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368, possono prevedere limitazioni del monte ore settimanale o del massimale di assistiti in carico, ovvero organizzare i corsi a tempo parziale, prevedendo in ogni caso che l'articolazione oraria e l'organizzazione delle attività assistenziali non pregiudichino la corretta partecipazione alle attività didattiche previste per il completamento del corso di formazione specifica in medicina generale. A tal fine, per il concomitante periodo di frequenza del corso a tempo pieno, si applica un limite di attività oraria pari a 24 ore settimanali. Per l'attività a ciclo di scelta si applica il massimale di 500 assistiti, fatta salva la possibilità per le Regioni, in base alla loro programmazione, di incrementare tale limite fino ad un massimo del 30% secondo modalità da definire nell'AIR.

ART. 39 – SCELTA DEL MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA.

1. La libera scelta del medico, nel rispetto del numero massimo di assistiti, è di norma collegata alla residenza e compatibile con l'organizzazione sanitaria di riferimento del territorio. Il cittadino sceglie per sé e per le persone di cui ha la tutela legale il medico di fiducia tra quelli iscritti negli elenchi dell'Azienda sanitaria di residenza, articolati per Comuni o gruppi di Comuni. L'ambito territoriale per la scelta del medico non può essere inferiore all'area comunale; nei Comuni ove operano più Aziende l'ambito territoriale coincide con una frazione del Comune stesso. La scelta per i cittadini residenti è a tempo indeterminato, salvo revoca.
2. Nell'ambito dell'Azienda, il cittadino sceglie il medico tra quelli operanti nel Comune di residenza o nei Comuni afferenti al medesimo ambito; può, tuttavia, scegliere un medico iscritto in elenchi diversi da quello di residenza, previa accettazione da parte del medico interessato. Le Aziende comunicano ai medici l'elenco degli assistiti in carico con i necessari aggiornamenti.
3. Per i minori che abbiano compiuto il sesto anno di età i genitori o chi ha la tutela legale possono effettuare la scelta nei confronti del medico del ruolo unico di assistenza primaria.
4. Il figlio, il coniuge e il convivente dell'assistito, già in carico al medico del ruolo unico di assistenza primaria, purché facenti parte anagraficamente del medesimo nucleo familiare, possono effettuare la scelta in deroga a favore dello stesso medico.
5. Eventuali scelte in deroga territoriale in Comuni limitrofi di Aziende/Regioni diverse da quella di appartenenza sono disciplinate negli Accordi Integrativi Regionali o accordi tra Regioni.
6. Per il cittadino non residente la scelta è a tempo determinato per una durata minima di 3 mesi e massima di 1 anno, espressamente prorogabile, così come indicato nell'Accordo Stato-Regioni del 8 maggio 2003, rep. n. 1705. L'Azienda provvede all'iscrizione temporanea previo accertamento dell'avvenuta cancellazione dall'elenco del medico a ciclo di scelta dell'Azienda di provenienza.
7. Il cittadino extracomunitario in regola con le norme in materia di soggiorno sul territorio italiano effettua la scelta a tempo determinato di validità pari a quella del permesso di soggiorno. La scelta è prorogabile alla scadenza su richiesta dell'assistito, purché risulti avviato l'iter procedurale per il rinnovo del permesso di soggiorno.
8. Il medico è obbligato alla assistenza del cittadino extracomunitario anche nelle more del rinnovo del permesso di soggiorno, fatta salva ogni azione di rivalsa per quote percepite anche a seguito di mancato rinnovo del permesso di soggiorno.
9. Le scelte dei cittadini che, ai sensi dell'articolo 7 della Legge 7 agosto 1982, n. 526 vengono temporaneamente sospesi dagli elenchi della Azienda, sono riattribuite automaticamente al medico dal momento della cessazione della sospensione temporanea, anche in deroga al massimale individuale, e fatta salva ogni altra e diversa determinazione da parte dell'assistito. A tal fine le Aziende istituiscono apposito separato elenco dei cittadini ai quali sia stata revocata d'ufficio la scelta, onde facilitarne la riattribuzione automatica.
10. In caso di eventuali ritardi nella riattribuzione della scelta di cui al precedente comma, gli effetti economici della stessa decorrono comunque, in difetto di scelta in favore di altro medico dalla data di cessazione della sospensione. A tal proposito il medico è tenuto comunque alla assistenza del cittadino temporaneamente sospeso dagli elenchi fin dalla data di cessazione della sospensione medesima.

11. Le Aziende provvedono ad informare adeguatamente i cittadini sui servizi e le attività assistenziali fornite dalla AFT del medico scelto in base al programma delle attività che le stesse AFT predispongono.

ART. 40 – REVOCA E RICUSAZIONE DELLA SCELTA.

1. Il cittadino può revocare in qualsiasi momento la scelta del medico, utilizzando le procedure dell'Azienda, ed effettuare una nuova scelta che, ai fini assistenziali, ha effetto immediato.
2. Il medico a ciclo di scelta che non intenda prestare la propria opera in favore di un assistito può ricusare la scelta dandone comunicazione alla competente Azienda. Tale ricusazione deve essere motivata da eccezionali ed oggettivi motivi di incompatibilità ai sensi dell'articolo 8, comma 1, lettera b), D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni. Tra i motivi della ricusazione assume particolare importanza la turbativa del rapporto di fiducia. Agli effetti assistenziali la ricusazione decorre dal 16° giorno successivo alla sua comunicazione.
3. Non è consentita la ricusazione qualora nell'ambito territoriale di scelta non sia operante altro medico con disponibilità di scelte, salvo che ricorrano eccezionali motivi di incompatibilità. In tal caso è sentito il Comitato aziendale di cui all'articolo 12.
4. I medici che abbiano esercitato l'autolimitazione del massimale non possono avvalersi dello strumento della ricusazione per mantenersi al di sotto del limite dell'autolimitazione o per rientrare nel massimale.

ART. 41 – REVOCHE D'UFFICIO DELLE SCELTE.

1. Le revoche delle scelte dei cittadini sono effettuate d'ufficio dall'Azienda nei seguenti casi:
   a) decesso dell'assistito;
   b) trasferimento di residenza dell'assistito in altra Azienda;
   c) irregolare doppia iscrizione del cittadino;
   d) cancellazione del medico dall'elenco di scelta.
2. Le cancellazioni per i casi di cui al comma 1, lettera c) decorrono dalla data della seconda attribuzione nel caso di scelta posta due volte in carico allo stesso medico. Se trattasi di medici diversi la cancellazione dall'elenco degli assistiti del primo medico decorre dalla data della seconda scelta.
3. In caso di trasferimento di residenza dell'assistito in altra Azienda, l'Azienda di provenienza comunica al medico e all'assistito, qualora ne conosca il recapito, la necessità che quest'ultimo provveda ad effettuare una nuova scelta in favore di un medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta nell'Azienda di destinazione. Qualora il cittadino non provveda alla nuova scelta entro il termine di 30 giorni decorrenti dalla comunicazione, la scelta del medico di provenienza è revocata d'ufficio.
4. L'Azienda, previa comunicazione al medico, procede al recupero di quote per assistiti liquidate e non dovute a far data dal verificarsi di uno degli eventi di cui al comma 1. Il medico può opporre motivato e documentato ricorso entro 15 (quindici) giorni ed il Direttore Generale assume la propria deliberazione in merito entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento del ricorso. La ripetizione delle somme o l'applicazione del conguaglio negativo avviene, fino al recupero dell'importo complessivo, nella misura massima mensile del 20% delle quote corrisposte in base al numero degli assistiti in carico, al netto delle ritenute fiscali e previdenziali. L'Azienda può dare corso ad una diversa rateizzazione delle somme da ripetere o al conguaglio negativo, in percentuale superiore al 20%, previo accordo con il medico interessato.
5. Gli effetti economici delle cancellazioni e delle attribuzioni di scelte seguono le vigenti disposizioni del Codice Civile in materia di ripetizione di emolumenti non dovuti e di crediti, con relativi termini di prescrizione.
6. L'Azienda presso la quale il cittadino effettua una nuova scelta comunica tale circostanza all'Azienda di provenienza perché provveda alla revoca con decorrenza dalla data della nuova scelta.

ART. 42 – EFFETTI ECONOMICI DI SCELTA, REVOCA E RICUSAZIONE.

1. Ai fini della corresponsione delle quote per assistiti in carico la scelta, la ricusazione e la revoca decorrono dal primo giorno del mese in corso o dal primo giorno del mese successivo a seconda che intervengano entro il 15° giorno o dal 16° giorno del mese. In caso di morte dell'assistito la quota è corrisposta fino alla data del decesso.
2. Il rateo mensile delle quote per assistiti in carico è frazionabile in trentesimi, ai fini del pagamento di eventuali frazioni di mese, quando le variazioni dipendano da trasferimento, cancellazione o sospensione del medico dall'elenco.
3. La cessazione dell'incarico del medico per sopraggiunti limiti di età produce effetti economici dal giorno di compimento dell'età prevista.

ART. 43 – COMPITI DEL MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA.

1. Al fine di concorrere ad assicurare la tutela della salute degli assistiti nel rispetto di quanto previsto dai livelli essenziali e uniformi di assistenza e con modalità rispondenti al livello più avanzato di appropriatezza clinica ed organizzativa, il medico del ruolo unico di assistenza primaria espleta le seguenti funzioni:

   a) assume il governo del processo assistenziale relativo a ciascun assistito che abbia esercitato la libera scelta nell'ambito del rapporto di fiducia medico-paziente;

   b) si fa parte attiva della continuità dell'assistenza per gli assistiti nell'ambito dell'organizzazione prevista dalla Regione;

   c) persegue gli obiettivi di salute dei cittadini con il miglior impiego possibile delle risorse, in attuazione della programmazione regionale, con particolare riferimento alla realizzazione del Piano Nazionale della Cronicità e del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale.

2. Al fine di espletare i suoi compiti e funzioni nel rispetto dei principi sopra indicati, il medico del ruolo unico di assistenza primaria svolge la propria attività individualmente e in integrazione della propria AFT; partecipa inoltre alle attività della forma organizzativa multiprofessionale di riferimento.

3. Per ciascun paziente in carico, il medico raccoglie e invia le informazioni all'Azienda sanitaria come previsto dall'articolo 6 del presente Accordo.

4. Le funzioni ed i compiti previsti dal presente articolo rappresentano condizioni irrinunciabili per l'accesso ed il mantenimento della convenzione con il S.S.N..

5. Nello svolgimento della propria attività il medico del ruolo unico di assistenza primaria:

   a) svolge attività di prevenzione e promozione della salute nei confronti della popolazione di riferimento, in particolare aderendo agli indirizzi nazionali e regionali;

   b) gestisce le patologie acute e croniche secondo la miglior pratica, con interventi appropriati e garantisce l'assistenza proattiva nei confronti dei malati cronici e dei pazienti fragili, tenuto conto di quanto previsto dall'articolo 44 del presente Accordo;

   c) assicura agli assistiti la presa in carico globale, anche attraverso la consultazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE), le prestazioni e visite ambulatoriali e domiciliari;

   d) partecipa a progetti e programmi di attività, finalizzati al rispetto dei livelli programmati di spesa, concordati a livello regionale e/o aziendale, ed a quelli finalizzati a sensibilizzare i cittadini su specifiche tematiche, sull'adozione di corretti stili di vita, uso appropriato dei farmaci e delle risorse messe a disposizione del S.S.N.;

   e) opera nell'ambito delle Aggregazioni Funzionali Territoriali e forme organizzative multiprofessionali rispettando le modalità organizzative concordate all'interno delle stesse, espletando sia attività a ciclo di scelta che attività oraria;

   f) garantisce la continuità dell'assistenza per tutti i giorni della settimana e secondo quanto previsto dall'articolo 44 del presente Accordo;

   g) adotta le misure necessarie, in conformità alle normative vigenti, per il consenso informato, il trattamento, la conservazione e la sicurezza dei dati sensibili;

h) cura la tenuta e l'aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata di ciascun assistito, ad uso del medico e ad utilità dell'assistito e del S.S.N.. In caso di revoca della scelta, l'assistito può richiedere la scheda entro due anni. La scheda sanitaria individuale informatizzata deve essere condivisa con gli altri medici della AFT, nell'ambito del sistema informativo regionale;

i) collabora con la dirigenza dell'Azienda sanitaria per la realizzazione dei compiti istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale;

j) partecipa alle attività formative programmate dall'Azienda;

k) effettua visite occasionali, secondo quanto previsto dall'articolo 46 del presente ACN;

l) redige le certificazioni obbligatorie di propria competenza;

m) rilascia a titolo oneroso tutte le certificazioni non obbligatorie di competenza, compresa la certificazione di idoneità all'attività fisica in soggetto portatore di patologia cronica;

n) effettua le prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 6.

Rientrano nei compiti ed obblighi del medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta:

a) le visite domiciliari, su richiesta dei propri assistiti, avuto riguardo alle condizioni cliniche e alla possibilità o meno di spostamento in sicurezza degli stessi, da eseguire di norma nel corso della stessa giornata o entro le ore dodici del giorno successivo, compreso il sabato;

b) l'assistenza programmata al domicilio dell'assistito, anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa, in collegamento se necessario con l'assistenza sociale, secondo gli Allegati 6 e 8 ovvero secondo gli Accordi Integrativi Regionali;

c) l'assistenza programmata nei confronti di pazienti ospiti di strutture residenziali, disciplinata da protocolli definiti dagli Accordi Integrativi Regionali;

d) il consulto con lo specialista, attivato dallo stesso medico, attuato di persona presso gli ambulatori dell'Azienda o, su richiesta motivata e previa autorizzazione aziendale, presso il domicilio del paziente;

e) la partecipazione alla realizzazione del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (P.N.P.V.) vigente, secondo le modalità definite dalla Regione e/o dalle Aziende;

f) la redazione del Piano di assistenza individuale (PAI) del paziente cronico in coerenza con il Piano Nazionale della Cronicità (PNC) e nel rispetto degli atti di programmazione regionale;

g) il rilascio delle seguenti certificazioni obbligatorie:

   I) assenza per malattia dei lavoratori dipendenti;

   II) incapacità temporanea al lavoro;

   III) idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche di cui al Decreto del Ministero della Salute 24 aprile 2013, articolo 3, lettere a) e c), nell'ambito scolastico, a seguito di specifica richiesta dell'autorità scolastica competente, tenuto conto di quanto previsto dall'articolo 42-bis del D.L. 21 giugno 2013, n. 69, convertito, con modificazioni, dalla L. 9 agosto 2013, n. 98 e dal D.M. 8 agosto 2014 del Ministero della Salute;

IV) riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola dell'infanzia e alle scuole secondarie superiori, laddove previste;

V) riammissione al lavoro degli alimentaristi, laddove previste;

VI) valutazioni multidimensionali e connesse certificazioni relative alle prestazioni di assistenza domiciliare integrata, programmata e per l'inserimento nelle strutture residenziali, sulla base della programmazione e di quanto previsto nell'ambito degli Accordi regionali;

h) il rispetto dei compiti previsti nei confronti della AFT di cui all'articolo 29 e degli interventi previsti dal programma delle attività territoriali di cui all'articolo 13 del presente Accordo.

7. Rientrano nei compiti ed obblighi del medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria:

a) l'erogazione di prestazioni assistenziali non differibili, in sede ambulatoriale o a domicilio, a tutta la popolazione, di ogni fascia di età, secondo i modelli organizzativi regionali, con particolare riferimento alla funzionalità del Numero Unico Europeo 116117, come previsto dall'articolo 44 del presente Accordo;

b) l'annotazione nella scheda sanitaria individuale del paziente della propria valutazione, la prestazione eseguita, le prescrizioni di farmaci e/o accertamenti e le eventuali certificazioni rilasciate, al fine di assicurare la continuità dell'assistenza nei riguardi del medico titolare del rapporto di fiducia e dei medici della intera AFT;

c) il rispetto dei compiti previsti nei confronti della AFT di cui all'articolo 29 e degli interventi previsti dal programma delle attività territoriali di cui all'articolo 13 del presente Accordo;

d) le proposte di ricovero;

e) le prescrizioni farmaceutiche per una terapia non differibile e secondo le disposizioni vigenti in materia;

f) il rilascio delle seguenti certificazioni obbligatorie:

I) assenza per malattia dei lavoratori dipendenti, fino ad un massimo di tre giorni;

II) assenza per malattia dei lavoratori turnisti;

III) riammissione al lavoro degli alimentaristi, laddove previste;

g) la constatazione di decesso.

ART. 44 – ATTIVITÀ ASSISTENZIALE A PRESTAZIONE ORARIA DEL MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA.

1. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria fornisce prestazioni ambulatoriali e domiciliari al fine di contribuire alla continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata.
2. L'attività a tutta la popolazione di riferimento, inclusa quella in età pediatrica, è organizzata dalla Azienda sanitaria, in coerenza con la programmazione regionale, tenuto conto del coordinamento dell'orario di apertura degli studi dei medici di scelta e dell'offerta assistenziale in relazione alle caratteristiche demografiche, alle peculiarità geografiche del territorio e all'offerta assistenziale. La scelta organizzativa deve supportare la presa in carico di assistiti affetti da gravi patologie o pazienti fragili ad alto rischio di ospedalizzazione o di accesso improprio al Pronto Soccorso, nonché straordinarie situazioni di maggior impegno assistenziale.
3. Con riferimento agli Accordi Stato-Regioni, n. 36/CSR del 7 febbraio 2013, Accordo, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" e n. 221/CSR del 24 novembre 2016, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117", l'Azienda, in attuazione della programmazione regionale, realizza il proprio modello organizzativo avvalendosi delle seguenti opzioni:
   a) attivazione della Centrale Unica per la ricezione delle richieste da parte dei cittadini per le cure non urgenti ovvero del Numero Unico Europeo 116117;
   b) attivazione di ambulatorio di continuità assistenziale gestito da medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria integrati, ove necessario, con personale infermieristico, e ubicato, a seconda delle esigenze territoriali, presso una sede propria o in prossimità di un DEA di I o II livello (purché con percorso ben distinto e separato da quello dedicato all'emergenza);
   c) attivazione del servizio di continuità assistenziale realizzato con i medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, organizzato per fasce orarie che consentano una maggiore copertura del territorio in orario diurno e una ridotta presenza nell'orario notturno avanzato (ore 24.00 - 8.00), anche in funzione della necessaria integrazione con la rete degli studi dei medici convenzionati per la copertura h24, disciplinato con protocolli condivisi con il sistema di emergenza-urgenza 118.
4. Le previsioni di cui al comma precedente sono attuate nel rispetto delle necessità assistenziali fissate dalla programmazione regionale e, successivamente, con la definizione del rapporto ottimale nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali. Alla data di entrata in vigore del presente Accordo le Regioni garantiscono il rispetto del volume di ore già utilizzate e retribuite, senza determinare maggiori oneri per la finanza pubblica.
5. Le sedi di riferimento del servizio di continuità assistenziale sono individuate dalla Azienda in ambito distrettuale, anche con riferimento a più AFT, per garantire l'integrazione organizzativa e professionale dell'assistenza primaria e agevolare l'accesso dei cittadini.

6. In specifiche aree territoriali o in zone definite disagiate, la continuità dell'assistenza può essere garantita dai medici del ruolo unico di assistenza primaria, sia a ciclo di scelta che ad attività oraria, con modalità di reperibilità domiciliare definite con Accordi regionali e prevedendo, ove possibile, l'utilizzo della telemedicina.
7. Il medico che assicura la continuità assistenziale, in relazione al quadro clinico prospettato dall'utente o dalla centrale operativa, effettua tutti gli interventi ritenuti appropriati, riconosciuti tali sulla base di apposite linee guida nazionali o regionali, comprese le eventuali prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 6 ed attiva direttamente il servizio di emergenza urgenza - 118, qualora ne ravvisi la necessità.
8. Le chiamate degli utenti ed i relativi interventi devono essere registrati e rimanere agli atti, secondo le modalità definite dall'Azienda.
9. Gli Accordi regionali ed aziendali possono individuare ulteriori compiti e le modalità di partecipazione del medico a rapporto orario alle attività previste nelle nuove forme organizzative.
10. L'attività programmata e coordinata all'interno dell'AFT è prestata con flessibilità oraria ed articolazione dei turni funzionale all'assetto organizzativo territoriale, con un orario giornaliero minimo di 4 ore e massimo di 12.
11. AI medici del ruolo unico di assistenza primaria titolari di incarichi a ciclo di scelta e di attività oraria è ridotta l'attività oraria in relazione all'aumento degli assistiti al raggiungimento del massimale di attività convenzionalmente determinato all'articolo 38, comma 7.
12. Le Aziende, per esigenze straordinarie, possono conferire incarichi a tempo determinato, della durata massima di sei mesi, per l'esclusivo svolgimento di attività oraria sulla base della graduatoria aziendale di cui all'articolo 19, comma 6.
13. Le Aziende possono organizzare turni di reperibilità domiciliare per garantire il servizio in caso di improvvisa assenza o impedimento del medico di turno secondo modalità di attuazione e retribuzione definite con Accordi regionali.
14. Per lo svolgimento dell'attività oraria l'Azienda è tenuta a fornire al medico i farmaci e il materiale necessari all'effettuazione degli interventi propri del servizio.
15. Le sedi di servizio messe a disposizione dall'Azienda devono essere dotate di idonei locali, di adeguate misure di sicurezza, nonché di servizi igienici.
16. L'Azienda assegna le sedi di attività e predispone i turni di servizio, in collaborazione con i referenti di AFT, sentiti i medici interessati. I turni di servizio sono disposti sulla base del principio della equità distributiva fra tutti i medici incaricati.
17. Il medico in servizio attivo deve essere presente fino all'arrivo del medico che subentra. Al medico che è costretto a restare oltre la fine del proprio turno spettano i normali compensi rapportati alla durata del prolungamento del servizio, che sono trattenuti in misura corrispondente a carico del medico ritardatario.
18. L'Azienda provvede altresì alla disponibilità di:
    a) mezzi di servizio, possibilmente con caratteri distintivi che ne permettano l'individuazione come mezzi adibiti a soccorso;
    b) adeguate apparecchiature per la registrazione delle chiamate presso le sedi operative;

c) arredi per la custodia dei registri di carico e scarico dei farmaci, dei presidi sanitari e degli altri materiali messi a disposizione dei medici.

ART. 45 – ATTIVITÀ PRESCRITTIVA.

1. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria concorre, unitamente alle altre figure professionali operanti nel Servizio Sanitario Nazionale, a:

   a) assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalla Azienda per l'erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza;

   b) ricercare la sistematica riduzione degli sprechi nell'uso delle risorse disponibili mediante adozione di principi di qualità e di medicina basata sulle evidenze scientifiche;

   c) operare secondo i principi di efficacia e di appropriatezza degli interventi in base ai quali le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta secondo le evidenze scientifiche e verso i soggetti che maggiormente ne possono trarre beneficio.

   Le prescrizioni di prestazioni specialistiche, comprese le diagnostiche, farmaceutiche e di ricovero, si attengono ai principi sopra enunciati e avvengono con appropriatezza, secondo scienza e coscienza, con le modalità stabilite dalla legislazione vigente.

2. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, nei confronti dei cittadini che lo abbiano preventivamente scelto, o altro medico operante nella medesima AFT in forza dell'assetto organizzativo adottato, può prescrivere farmaci e/o indagini specialistiche, proposte di ricovero o cure termali con ricetta del S.S.N., secondo le norme di legge vigenti e nel rispetto delle modalità previste dal S.S.N., fatto salvo quanto previsto all'articolo 46, comma 7.

3. La richiesta di indagine, prestazione, visita specialistica deve essere corredata dal quesito o sospetto diagnostico e, ove previsto, dalla specifica modulistica secondo disposizioni vigenti. La proposta di ricovero o prescrizione di cure termali deve essere accompagnata dalla specifica motivazione. Le richieste di ulteriori prestazioni assistenziali sono effettuate nel rispetto delle disposizioni regionali.

4. Il medico può dar luogo al rilascio della prescrizione farmaceutica e di indagini specialistiche anche in assenza del paziente quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente.

5. Gli assistiti possono accedere nelle strutture pubbliche, senza la richiesta del medico curante, alle prestazioni di: odontoiatria, ostetricia e ginecologia, pediatria, psichiatria, oculistica, limitatamente alle prestazioni optometriche, attività dei servizi di prevenzione e consultoriali.

6. Per quanto attiene ai rapporti con i medici specialisti del Servizio Sanitario Nazionale, anche in attuazione del precedente comma e nel rispetto del disposto dell'articolo 50 della Legge 24 novembre 2003, n. 326 e dei successivi decreti attuativi, le Aziende emanano disposizioni per la prescrizione diretta con ricetta dematerializzata o, in assenza, con il ricettario del S.S.N. da parte dello specialista di eventuali indagini preliminari agli esami strumentali, di tutti gli approfondimenti necessari alla risposta al quesito diagnostico posto dal medico di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, incluse ulteriori richieste specialistiche o diagnostiche, degli accertamenti preliminari a ricoveri o a interventi chirurgici, nonché della richiesta delle prestazioni da eseguire entro 30 (trenta) giorni dalla dimissione o dalla consulenza specialistica. Trascorso tale termine i controlli programmati saranno proposti al medico di scelta.

7. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, con ricetta del SSN, prescrive farmaci per terapia non differibile e formula proposta di ricovero.

8. Le Aziende che rilevano comportamenti prescrittivi del medico del ruolo unico di assistenza primaria ritenuti non conformi alle disposizioni di legge sottopongono il caso all'organismo composto dai soggetti individuati al successivo comma 9, deputati a verificare l'appropriatezza prescrittiva nell'ambito delle attività distrettuali.

9. Fatte salve diverse determinazioni a livello regionale, il Direttore del Distretto è coadiuvato, per gli adempimenti di cui al comma 8, dal referente di AFT componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali e da altri due rappresentanti dei medici di medicina generale eletti tra quelli operanti nel Distretto, integrati dal responsabile del servizio farmaceutico, o da suo delegato, e da un medico individuato dal Direttore Sanitario della Azienda.

10. L'organismo suddetto esamina il caso entro 30 giorni dalla segnalazione, tenendo conto dei seguenti principi:

    a) la ipotesi di irregolarità deve essere contestata al medico per iscritto entro gli ulteriori 15 giorni assegnandogli un termine non inferiore a 15 giorni per le eventuali controdeduzioni e/o la richiesta di essere ascoltato;

    b) il risultato dell'accertamento, esaminate le eventuali controdeduzioni e/o udito il medico interessato, è comunicato al Direttore Generale della Azienda per i provvedimenti di competenza e al medico interessato.

11. La prescrizione farmaceutica è valutata tenendo conto di almeno uno dei seguenti elementi:

    a) sia oggetto di occasionale, e non ripetuta, inosservanza delle norme prescrittive dovuta ad errore scusabile;

    b) sia stata determinata da un eccezionale stato di necessità attuale al momento della prescrizione, con pericolo di danno grave alla vita o all'integrità della persona che non possa essere evitato con il ricorso alle competenti strutture o servizi del S.S.N.;

    c) sia stata determinata dalla novità del farmaco prescritto e/o dalla novità della nota AIFA, o di altra norma, e, comunque, per un periodo non superiore a 30 giorni dalla immissione alla vendita, dall'emanazione ufficiale della nota AIFA o di altra norma.

ART. 46 – ASSISTENZA AI TURISTI E VISITE OCCASIONALI.

1. Con apposite determinazioni regionali sono individuate le località a forte flusso turistico nelle quali organizzare un servizio di assistenza sanitaria rivolta alle persone non residenti, sulla base di indirizzi definiti negli Accordi Integrativi Regionali.
2. I medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta prestano la propria attività anche in favore dei cittadini che, trovandosi occasionalmente al di fuori dell'ambito territoriale di riferimento, ricorrano ad essi. Tale attività è prestata altresì dai medici a rapporto orario nei confronti dei cittadini di aree distrettuali diverse da quella di riferimento.
3. Le prestazioni di cui ai commi precedenti sono compensate direttamente dal cittadino con le seguenti tariffe omnicomprensive:
   - visita ambulatoriale: € 20,00
   - visita domiciliare: € 35,00
4. La Regione può individuare particolari categorie di persone cui assicurare le visite occasionali con pagamento delle stesse al medico da parte dell'Azienda sanitaria.
5. Al medico del ruolo unico di assistenza primaria che effettua le visite ambulatoriali e domiciliari a favore dei cittadini stranieri in temporaneo soggiorno in Italia, in possesso del prescritto documento comprovante il diritto all'assistenza sanitaria a carico del Servizio Sanitario pubblico, sono attribuiti gli stessi compensi di cui al comma 3. In tal caso il medico notula alla propria Azienda sanitaria le anzidette prestazioni, annotando gli estremi del documento sanitario, il nome e cognome dell'avente diritto e il tipo di prestazione effettuata.
6. Nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali possono essere individuate ulteriori e differenti modalità di erogazione e di retribuzione delle visite di cui al presente articolo, nonché ulteriori prestazioni.
7. Per le prestazioni di cui al presente articolo, il medico è tenuto a utilizzare la ricetta del S.S.N. secondo le disposizioni vigenti, indicando la residenza del paziente.

ART. 47 – TRATTAMENTO ECONOMICO DEL MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA.

1. Il trattamento economico del medico del ruolo unico di assistenza primaria include il compenso per l'attività a ciclo di scelta e quello ad attività oraria.
2. La retribuzione per l'attività a ciclo di scelta, al netto degli oneri previdenziali a carico dell'Azienda, si articola in:

   A. quota capitaria per assistito, definita e negoziata a livello nazionale;

   B. quota variabile, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale, finalizzata all'effettuazione di specifici programmi di attività per la promozione del governo clinico, allo sviluppo della medicina d'iniziativa ed alla presa in carico di pazienti affetti da patologia cronica;

   C. quota per servizi, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale;

   D. quota del fondo aziendale dei fattori produttivi, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale;

   E. quota per ulteriori attività e prestazioni, definita e negoziata a livello regionale.

   Le risorse contrattuali relative alle quote B, C e D potranno rappresentare fino al 30% del totale e saranno finalizzate alle attività e agli obiettivi di livello regionale. Queste quote possono essere ulteriormente integrate con gli incentivi legati al trasferimento di risorse alla luce del perseguimento del riequilibrio di prestazioni ospedale-territorio derivanti da azioni e modalità innovative dei livelli assistenziali di assistenza primaria.

   A. QUOTA CAPITARIA

      I) compenso forfetario annuo, per ciascun assistito in carico, pari ad Euro 41,32;

      II) compenso aggiuntivo annuo, per ciascun assistito che abbia compiuto il 75° anno di età, pari ad Euro 31,09;

      III) compenso aggiuntivo annuo, per ciascun assistito di età inferiore a 14 anni, pari ad Euro 18,95;

      IV) assegno individuale ad personam riconosciuto ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato al 23 marzo 2005 e determinato al 31 dicembre 2005 secondo la tabella di cui all'articolo 59, lettera A, comma 2, dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.;

      V) quota capitaria annua derivante dal fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie, pari ad Euro 3,08 per assistito, ripartita dagli Accordi Integrativi Regionali. Tale fondo è integrato, nel rispetto del termine e dei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge, con gli assegni individuali di cui al precedente punto IV, resisi disponibili per effetto della cessazione dal rapporto convenzionale di singoli medici, ai sensi dell'art. 59, lett. A, comma 2 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.;

      VI) quota capitaria annua aggiuntiva di ingresso pari ad Euro 13,46, per le prime 500 scelte, riconosciuta ai medici incaricati a tempo indeterminato in data successiva al 23 marzo 2005. Tale quota non è dovuta per le scelte oltre la cinquecentesima.

B. QUOTA VARIABILE

I) quota annua derivante dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico, pari ad Euro 3,08 per assistito, ripartita dagli Accordi Integrativi Regionali sulla base degli obiettivi raggiunti e nel rispetto dei livelli programmati di spesa. Tale quota è incrementata di Euro 1,66 per assistito con la decorrenza prevista dall'articolo 5, comma 1, tabella A1, del presente Accordo;

II) quota annua derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010 quale incremento contrattuale, pari ad Euro 0,81 per assistito, considerate le eventuali riduzioni intervenute ai sensi dell'articolo 6 del citato Accordo. Tali risorse sono per ciascun anno preventivamente decurtate delle risorse necessarie al finanziamento disposto ai sensi dell'articolo 10, comma 4 e dell'articolo 30, comma 6;

III) quota annua derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010, pari ad Euro 0,20 per assistito, attribuita ai medici in base al numero di assistiti in carico affetti da una o più delle patologie croniche di cui alla normativa vigente.

Le risorse della quota variabile di cui alla presenta lettera sono ripartite tra le AFT in ragione degli obiettivi assegnati ed in coerenza con la numerosità della popolazione assistita e la gravosità delle patologie croniche per le quali viene garantita la presa in carico.

Nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali vengono definite le modalità per la corresponsione della quota variabile in ragione dei risultati raggiunti dalla AFT di appartenenza in relazione agli obiettivi assegnati, facendo riferimento a specifici indicatori.

C. QUOTA PER SERVIZI

I) quota per prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 6;

II) quota per assistenza domiciliare programmata (ADP) di cui all'Allegato 8;

III) quota per assistenza domiciliare integrata (ADI) di cui all'Allegato 9.

È demandata agli AAIIRR la definizione delle ulteriori quote variabili per servizi non definite dagli Allegati 6, 8 e 9.

L'entità complessiva della spesa per compensi riferiti alle prestazioni di cui ai punti II e III della presente lettera viene definita annualmente dalla programmazione regionale. I compensi corrisposti al medico per le prestazioni di assistenza domiciliare programmata (ADP) di cui all'Allegato 8 non possono comunque superare il 20% dei compensi mensili. Sono fatti salvi diversi Accordi regionali.

D. QUOTA DEL FONDO AZIENDALE DEI FATTORI PRODUTTIVI

I) Alla istituzione delle AFT, come previsto dall'articolo 8, comma 2, le indennità e gli incentivi del fondo di cui all'articolo 46 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. per lo sviluppo strutturale ed organizzativo dell'attività dei medici a ciclo di scelta, ad eccezione della quota di cui alla precedente lettera B, punto I, costituiscono il fondo aziendale dei fattori produttivi.

II) Costituiscono tale fondo i compensi per attività in forma associativa e le indennità per la funzione informativo-informatica, l'impiego di collaboratore di studio e di personale

infermieristico o altro professionista sanitario, come determinati dall'articolo 59, lettera B dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., già erogati ai medici alla data di costituzione del fondo stesso. Il valore complessivo del fondo include anche gli oneri previdenziali a carico dell'Azienda.

III) Le risorse di tale fondo sono utilizzate prioritariamente per salvaguardare il trattamento economico individuale dei medici che percepiscono gli incentivi e le indennità di cui al punto II, purché risulti assicurato e mantenuto lo standard strutturale, strumentale ed organizzativo già realizzato e condivisa la partecipazione al nuovo assetto assistenziale in integrazione con gli altri medici. Il trattamento economico individuale, determinato alla data di costituzione del fondo di cui al punto II, è modificato in relazione all'aumento di assistiti in carico nei limiti di consistenza del fondo.

IV) Le risorse corrisposte in funzione del numero degli assistiti in carico sono ridotte in relazione alla diminuzione del carico assistenziale, secondo il sistema di calcolo ai sensi dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. e confluiscono nel fondo aziendale dei fattori produttivi.

V) La modifica dello standard organizzativo riferito alle preesistenti forme associative, la cessazione del rapporto di lavoro con il personale di studio, regolamentati sia a livello nazionale che regionale, comportano la sospensione delle relative indennità corrisposte, che restano a disposizione del fondo aziendale dei fattori produttivi.

VI) In caso di cessazione del rapporto convenzionale di medici componenti le AFT, le eventuali indennità corrisposte in relazione ai fattori produttivi confluiscono nel fondo aziendale dei fattori produttivi. Le previgenti indennità informatiche sono riservate al finanziamento dei fattori produttivi di medesima destinazione a favore dei medici che entrano nelle AFT. Le indennità corrisposte per il personale di studio restano a disposizione per il finanziamento dei fattori produttivi destinati alle medesime finalità. Le previgenti indennità per la partecipazione a forme associative restano a disposizione per il finanziamento dei nuovi modelli organizzativi definiti dalla Regione per qualificare l'offerta assistenziale in funzione delle specificità territoriali.

VII) Gli Accordi Integrativi Regionali possono stabilire diversi criteri di destinazione delle risorse di cui ai commi precedenti.

VIII) Al termine dell'esercizio le eventuali risorse del fondo aziendale dei fattori produttivi che residuano confluiscono annualmente nei fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico di cui al comma 2, lettera B, punto I.

E. QUOTA PER ULTERIORI ATTIVITÀ E PRESTAZIONI

Gli Accordi regionali possono prevedere eventuali quote per attività e compiti per l'esercizio di funzioni proprie di livelli essenziali di assistenza diversi dalla assistenza primaria ed a queste complementari, nonché per lo svolgimento dell'attività in zone identificate dalle Regioni come disagiatissime o disagiate.

3. Il compenso per ogni ora di attività svolta ai sensi del presente Capo, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda, si articola in:

A. quota oraria di Euro 23,39, negoziata a livello nazionale, con la decorrenza prevista dall'articolo 5, comma 1, tabella A2, del presente Accordo;

B. quota oraria derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010, pari ad Euro 0,26 per ciascuna ora di incarico, negoziata a livello regionale, considerate le eventuali riduzioni intervenute ai sensi dell'articolo 6, ACN 8 luglio 2010. Tali risorse sono per ciascun anno preventivamente decurtate delle risorse necessarie al finanziamento disposto ai sensi dell'articolo 10, comma 4 e dell'articolo 30, comma 6.

4. Le eventuali integrazioni già stabilite con Accordi Integrativi Regionali sono negoziate a livello regionale nel rispetto delle finalità previste dall'articolo 3, comma 4 del presente Accordo.
5. Tutti i compensi erogati in base agli assistiti in carico sono corrisposti nei limiti di cui all'articolo 38.
6. I compensi per l'attività oraria sono corrisposti al medico che svolge l'attività, indipendentemente dalle modalità con cui viene assicurata la continuità assistenziale, entro la fine del mese successivo a quello di competenza.
7. Le quote capitarie di cui al comma 2, lettera A, sono corrisposte mensilmente in dodicesimi entro la fine del mese successivo a quello di competenza; i restanti compensi sono corrisposti mensilmente entro il secondo mese successivo a quello di competenza.
8. Qualora l'Azienda non sia in grado di assicurare un mezzo di servizio al medico incaricato per lo svolgimento di attività oraria, spetta allo stesso, nel caso utilizzi un proprio automezzo su richiesta della Azienda, un rimborso forfetario pari al costo di un litro di benzina verde per ogni ora di attività, nonché adeguata copertura assicurativa dell'automezzo.

ART. 48 – CONTRIBUTI PREVIDENZIALI E COPERTURE ASSICURATIVE.

1. La quota parte a carico dell'Azienda sanitaria del contributo previdenziale in favore del competente Fondo di previdenza è pari al 10,375% di tutti i compensi previsti dal presente Accordo, ivi inclusi quelli derivanti dagli Accordi regionali o aziendali, spettanti ai medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta. La stessa percentuale è calcolata su tutti i compensi, al netto degli Accordi regionali ed aziendali, spettanti ai medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria.
2. L'aliquota previdenziale a carico dei medici del ruolo unico di assistenza primaria è stabilita dall'ENPAM, a norma dell'articolo 1, comma 763 della Legge 27 dicembre 2006, n. 296.
3. Ferma restando la quota di contributo a carico dell'Azienda, i medici del ruolo unico di assistenza primaria possono optare per l'incremento dell'aliquota contributiva a proprio carico di un punto intero percentuale fino ad un massimo di cinque punti. Tale scelta si esercita al massimo una volta all'anno entro il 31 gennaio. L'aliquota resta confermata negli anni successivi in assenza di comunicazione di variazione da effettuarsi eventualmente entro la stessa data.
4. I contributi devono essere versati all'ENPAM trimestralmente, con l'indicazione dei medici a cui si riferiscono e della base imponibile su cui sono calcolati, entro 30 (trenta) giorni successivi alla scadenza del trimestre.
5. Per far fronte al pregiudizio economico derivante al medico a ciclo di scelta dall'onere della sostituzione per eventi di malattia e di infortunio, anche in relazione allo stato di gravidanza e secondo il disposto del Decreto Legislativo 151/2001, e al fine di migliorare i trattamenti assicurativi e includere nella gamma degli eventi assicurati anche le eventuali conseguenze economiche di lungo periodo è posto a carico del servizio pubblico un onere pari allo 0,72% (zero virgola settantadue per cento) dei compensi di cui all'articolo 47, comma 2, lettera A, punto I) da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni. Con le stesse cadenze previste per il versamento del contributo previdenziale, le Aziende versano all'ENPAM il contributo di cui al presente comma affinché provveda in merito.
6. Per far fronte al mancato guadagno derivante al medico a rapporto orario per eventi di malattia, gravidanza, puerperio, anche in relazione al disposto del Decreto Legislativo 151/2001, ed al fine di migliorare i trattamenti assicurativi e includere nella gamma degli eventi assicurati anche le eventuali conseguenze economiche di lungo periodo, l'Azienda versa all'ENPAM con le stesse cadenze previste per il versamento del contributo previdenziale di cui al comma 1 ed affinché provveda in merito, un contributo dello 0,72% (zero virgola settantadue per cento) sul compenso di cui all'articolo 47, comma 3, lettera A, da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni.
7. L'Azienda, previo coordinamento della materia a livello regionale, provvede ad assicurare i medici che svolgono attività oraria del ruolo unico di assistenza primaria contro gli infortuni subiti a causa o in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi del presente Accordo, ivi compresi, qualora l'attività sia prestata in Comune diverso da quello di residenza, gli infortuni eventualmente subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, nonché i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previsti dal presente Accordo.

8. Il contratto di cui al comma precedente è stipulato, senza franchigie, per i seguenti massimali:
    a) 775.000 Euro per morte od invalidità permanente;
    b) 52 Euro giornalieri per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l'anno, fatti salvi diversi Accordi regionali.
9. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati di cui all'articolo 15, comma 4.

CAPO II – MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI

ART. 49 – CAMPO DI APPLICAZIONE.

1. Il presente Capo disciplina i rapporti di lavoro instaurati tra il Servizio Sanitario Nazionale ed i medici della medicina dei servizi territoriali ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera b) del presente Accordo, in conformità con le indicazioni della programmazione regionale, aziendale e distrettuale, per l'organizzazione delle attività sanitarie territoriali a rapporto orario, per le quali non sia richiesto il titolo di specializzazione e che non risultino regolate da altri Accordi collettivi stipulati ai sensi dell'articolo 48 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833.
2. Ai sensi dell'articolo 8, comma 1 bis, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, le Aziende sanitarie utilizzano ad esaurimento, i medici incaricati a tempo indeterminato nella attività di medicina dei servizi, già disciplinate dal capo II del D.P.R., n. 218/92 e dall'articolo 5, comma 4 dell'Allegato "N" al D.P.R. n. 484 del 1996. Per questi vale il presente Accordo.

ART. 50 – MASSIMALE ORARIO, VARIAZIONI E LIMITAZIONI.

1. Ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato sono conferibili aumenti di orario fino a un massimo di 38 ore settimanali sulla base degli Accordi regionali.
2. La somma dell'attività per l'incarico disciplinato dal presente Capo e di altra attività compatibile non può superare l'impegno orario settimanale di 38 ore.
3. L'Azienda, qualora si rendano disponibili ore di attività per cessazione degli incarichi a tempo indeterminato, interpella i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato presso l'Azienda medesima che non svolgano altre attività convenzionali o attività libero professionale strutturata e, previa acquisizione della loro disponibilità, assegna l'aumento delle ore all'avente diritto tra i medici operanti nell'ambito della stessa Azienda secondo l'ordine di anzianità di incarico. A parità di anzianità di incarico prevalgono, nell'ordine, la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.
4. Per mutate ed accertate esigenze di servizio, l'Azienda può dar luogo a riduzione di orario dell'incarico o modifica della sede di attività del medico, dandone comunicazione all'interessato mediante posta elettronica certificata o altra modalità definita dall'Azienda con preavviso di un mese. La riduzione dell'orario si applica al medico con minore anzianità di incarico nell'ambito del medesimo servizio.
5. I provvedimenti con i quali si riducono gli orari o comunque si introducono modificazioni nei rapporti disciplinati dal presente Accordo sono comunicati entro 10 (dieci) giorni al comitato di cui all'articolo 12.
6. Eventuali nuovi aumenti di orario interessanti servizi già oggetto di precedenti riduzioni orarie, sono attribuiti al medico al quale era stata applicata la decurtazione di orario, ove possibile, o, comunque, al medico incaricato a tempo indeterminato con orario di incarico più basso.
7. Nel caso di non agibilità temporanea della struttura di assegnazione, l'Azienda assicura l'impiego temporaneo del medico in altra struttura idonea, senza danno economico per l'interessato.

ART. 51 – COMPITI DEL MEDICO DI MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI.

1. Il medico titolare di incarico a tempo indeterminato:

   a) si attiene alle disposizioni contenute nel presente Accordo e a quelle che l'Azienda emana per il buon funzionamento del servizio e il perseguimento dei fini istituzionali;

   b) osserva l'orario di attività indicato nella lettera di incarico a tempo indeterminato e le Aziende provvedono al controllo con gli stessi metodi adottati per il personale dipendente.

2. Tenuto conto di eventuali determinazioni finalizzate alla flessibilità e al recupero dell'orario definite a livello regionale e/o aziendale, a seguito dell'inosservanza dell'orario sono effettuate trattenute mensili, sulle competenze del medico inadempiente, per le ore di lavoro non effettuate.

3. L'inosservanza ripetuta dell'orario ed il mancato rispetto dei compiti previsti dal presente Capo sono contestate al medico secondo la procedura di cui all'articolo 25 del presente Accordo.

4. Il medico è tenuto a svolgere tutti i compiti affidati dall'Azienda, ivi comprese le eventuali variazioni in ordine alle sedi ed alla tipologia dell'attività, per le quali occorre tener conto di altre attività convenzionali svolte ai sensi del presente Accordo.

5. Sono inoltre doveri e compiti del medico:

   a) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio Sanitario Nazionale;

   b) la collaborazione funzionale con la dirigenza sanitaria dell'Azienda per la realizzazione dei compiti istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale ed il raggiungimento degli obiettivi aziendali.

6. I medici titolari di incarico a tempo indeterminato partecipano ai progetti assistenziali secondo quanto definito dagli Accordi regionali ed aziendali.

7. Le Aziende sanitarie possono affidare, sulla base di Accordi regionali ed esigenze organizzative, incarichi per specifiche responsabilità ai medici di cui al presente Capo.

ART. 52 – TRASFERIMENTI – DISPONIBILITÀ.

1. Il trasferimento dei medici, tra Aziende della stessa Regione, può avvenire a domanda del medico previo nulla-osta dei Direttori Generali delle Aziende di provenienza e di destinazione.
2. Il medico accetta le condizioni e la sede dell'Azienda di destinazione. L'Azienda di provenienza, con la cessazione dell'incarico convenzionale, non procede ai sensi del presente Accordo al conferimento di nuovo incarico. Nel caso di più medici interessati, gli stessi sono graduati in base all'anzianità di incarico, alla minore età, al voto di laurea e all'anzianità di laurea.
3. Il medico trasferito conserva l'anzianità maturata nel servizio di provenienza senza soluzione di continuità.
4. Gli Accordi regionali disciplinano la disponibilità del medico di medicina dei servizi territoriali, previo suo consenso, presso strutture o Enti del Servizio sanitario nazionale o regionale.

ART. 53 – SOSTITUZIONI.

1. L'Azienda può provvedere alla sostituzione dei medici assenti secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità, di cui all'articolo 19, comma 6 del presente Accordo, con priorità per i medici residenti nell'ambito dell'Azienda.
2. La sostituzione cessa al rientro, anche anticipato, del medico titolare dell'incarico a tempo indeterminato.
3. Al medico sostituto spetta il trattamento economico di cui all'articolo 57, comma 1, lettera A, punto I e lettera B.

ART. 54 – PERMESSO ANNUALE RETRIBUITO.

1. Per ogni anno di effettivo servizio prestato, al medico incaricato a tempo indeterminato spetta un periodo di permesso retribuito irrinunciabile di 30 (trenta) giorni non festivi, purché l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore pari a cinque volte l'orario di incarico settimanale.
2. A richiesta dell'interessato, il permesso, autorizzato dall'Azienda, è fruito in uno o più periodi, con un preavviso di 30 (trenta) giorni. Se il permesso è chiesto fuori dei termini del preavviso esso è concesso a condizione che l'Azienda possa provvedere al servizio.
3. Il periodo di permesso è fruito almeno allo 80% a giornata intera e per la parte rimanente può essere frazionato in ore; è utilizzato durante l'anno solare al quale si riferisce e comunque non oltre il primo semestre dell'anno successivo.
4. Ai fini del computo del permesso retribuito sono considerate attività di servizio il congedo matrimoniale di cui al successivo comma 6 ed i periodi retribuiti di assenza per malattia e gravidanza di cui all'articolo 55. Non sono considerati attività di servizio i periodi di assenza non retribuiti.
5. Per periodi di servizio inferiori ad un anno spettano tanti dodicesimi del permesso retribuito quanti sono i mesi di servizio prestati.
6. Al medico titolare di incarico a tempo indeterminato spetta un congedo matrimoniale retribuito non frazionabile di quindici giorni non festivi, purché l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a due volte e mezzo l'impegno orario settimanale, con inizio non anteriore a tre giorni prima della data del matrimonio.
7. Durante il permesso retribuito e il congedo matrimoniale è corrisposto il normale trattamento di servizio.

ART. 55 – ASSENZE PER MALATTIA E GRAVIDANZA.

1. Al medico incaricato a tempo indeterminato che si assenta per comprovata malattia o infortunio, anche non continuativamente nell'arco di trenta mesi, che gli impediscano qualsiasi attività lavorativa, l'Azienda corrisponde l'intero trattamento economico, goduto in attività di servizio, per i primi sei mesi e al 50% per i successivi tre mesi e conserva l'incarico per ulteriori quindici mesi, senza retribuzione.
2. L'Azienda può disporre controlli sanitari, in relazione agli stati di malattia o infortunio denunciati, secondo le modalità e le procedure previste dalla normativa vigente.
3. Al medico incaricato a tempo indeterminato in caso di gravidanza o puerperio, l'Azienda mantiene l'incarico per sei mesi continuativi e corrisponde l'intero trattamento economico goduto in attività di servizio per un periodo massimo complessivo di quattordici settimane.

ART. 56 – ASSENZE NON RETRIBUITE.

1. Il medico è sospeso dall'incarico, con conservazione dello stesso, e dalle attività con le modalità e per i motivi di cui all'articolo 22 del presente Accordo.
2. Salvo il caso di inderogabile urgenza, il medico deve dare all'Azienda un preavviso di almeno 15 (quindici) giorni per l'ottenimento del relativo permesso.
3. In caso di svolgimento degli incarichi, ai sensi del presente Capo, in più posti di lavoro o in più Aziende il periodo di assenza non retribuita deve essere fruito contemporaneamente.
4. Nessun compenso è dovuto al medico per i periodi di assenza di cui al presente articolo.

ART. 57 – TRATTAMENTO ECONOMICO – CONTRIBUTI PREVIDENZIALI.

1. Ai medici incaricati a tempo indeterminato è corrisposto il trattamento economico, così articolato:

   A. compenso professionale già previsto dall'articolo 14, Allegato N al D.P.R. n. 270/2000:

      I) compenso orario pari ad Euro 13,20 (tredici/20) per ogni ora di attività, incrementato di Euro 0,99 dal 1° gennaio 2008, di Euro 0,43 dal 1° gennaio 2010 e di Euro 0,43 dal 1° gennaio 2019 e di Euro 0,58 con la decorrenza prevista dall'articolo 5, comma 1, tabella A3, del presente Accordo;

      II) incrementi di anzianità di cui all'articolo 20, comma 1, lettera a) e lettera c), D.P.R. n. 218/1992, calcolati alla data del 29 febbraio 1996, compreso il maturato economico alla stessa data con gli incrementi percentuali del 2,3% per l'anno 1999 e del 1,4% per l'anno 2000 mantenuti dai singoli interessati;

      III) per l'attività svolta nei giorni festivi e nelle ore notturne dalle ore 22 alle ore 6, il compenso orario predetto è maggiorato nella misura del 30%. Per l'attività svolta nelle ore notturne dei giorni festivi ai sensi di legge la maggiorazione è del 50%;

      IV) compenso aggiuntivo determinato con i criteri di cui all'articolo 20, comma 1, lettera b) (b2 e b3), del D.P.R. n. 218/1992 (quote mensili di carovita), nella misura corrisposta al 31 dicembre 1997, incrementata del 2,3% dal 1° gennaio 1999 e del 1,4% dal 1° gennaio 2000;

      V) indennità di piena disponibilità ai medici che svolgono esclusivamente attività ai sensi del presente Accordo, salvo la libera professione di cui all'articolo 28, per ogni ora risultante dalla lettera di incarico, Euro 0,61;

      VI) indennità chilometrica. Ai medici incaricati a tempo indeterminato spetta, qualora si avvalgano del proprio automezzo per spostamenti dovuti allo svolgimento di attività al di fuori dei presidi della Azienda, un rimborso pari ad 1/5 del prezzo "ufficiale" della benzina verde per ogni chilometro percorso, nonché adeguata assicurazione dell'automezzo;

      VII) per lo svolgimento dei compiti previsti dall'articolo 51, comma 5 è corrisposto un compenso per ogni ora incarico pari ad Euro 1,15 non valutabile ai fini della determinazione del premio di operosità;

   B. quota oraria derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010, pari ad Euro 0,26 per ciascuna ora di incarico, negoziata a livello regionale, considerate le eventuali riduzioni intervenute ai sensi dell'articolo 6, ACN 8 luglio 2010.

2. I compensi di cui al comma 1 sono corrisposti entro la fine del mese successivo a quello di competenza. Ai soli fini della correntezza del pagamento si applicano le disposizioni previste per il personale dipendente dalle Aziende.

3. Al medico della medicina dei servizi che partecipa ai progetti obiettivo, ai programmi e alle attività stabilite dagli Accordi regionali spettano quote variabili secondo quanto determinato dagli Accordi stessi.

4. Su tutti i compensi di cui al presente articolo, al netto degli Accordi regionali ed aziendali, l'Azienda versa trimestralmente e con modalità che assicurino l'individuazione dell'entità delle

somme versate e del medico cui si riferiscono, un contributo previdenziale, a favore del competente fondo di previdenza di cui al Decreto del Ministro del lavoro e della Previdenza Sociale 15 ottobre 1976 e successive modificazioni, con quota parte a carico dell'Azienda pari al 14,16%. L'aliquota previdenziale a carico del medico è stabilita dall'ENPAM, a norma dell'articolo 1, comma 763 della Legge 27 dicembre 2006, n. 296.

ART. 58 – RIMBORSO SPESE DI ACCESSO.

1. Per incarichi svolti in Comune diverso da quello di residenza, purché entrambi siano compresi nella stessa provincia, al medico viene corrisposto, per ogni accesso, un rimborso spese per chilometro in misura uguale a quella prevista per il personale dipendente.
2. Il rimborso non compete nell'ipotesi che il medico abbia un recapito professionale nel Comune sede di presidio presso il quale svolge l'incarico. Nel caso di soppressione di tale recapito, il rimborso è ripristinato dopo tre mesi dalla comunicazione dell'intervenuta soppressione all'Azienda.
3. La misura del rimborso spese è proporzionalmente ridotta nel caso in cui l'interessato trasferisca la residenza in Comune più vicino a quello sede del presidio. Rimane invece invariata qualora il medico trasferisca la propria residenza in Comune sito a uguale o maggiore distanza da quello sede del posto di lavoro.

ART. 59 – PREMIO DI COLLABORAZIONE.

1. Ai medici incaricati a tempo indeterminato è corrisposto un premio annuo di collaborazione pari a un dodicesimo del compenso orario di cui all'articolo 57, comma 1, lettera A, punti I), II), IV) e V).
2. Detto premio è liquidato entro il 31 dicembre dell'anno di competenza.
3. Al medico che cessa dal servizio prima del 31 dicembre il premio viene calcolato e liquidato all'atto della cessazione del servizio.
4. Il premio di collaborazione non compete al medico nei cui confronti sia stato adottato il provvedimento di sospensione o di risoluzione del rapporto professionale per motivi disciplinari.

ART. 60 – PREMIO DI OPEROSITÀ.

1. Ai medici incaricati a tempo indeterminato spetta alla cessazione del rapporto convenzionale un premio di operosità nella misura di una mensilità per ogni anno di servizio prestato; a tal fine non sono computati tutti i periodi di assenza dal servizio non retribuiti ai sensi del presente Capo.
2. Per le frazioni di anno, la mensilità di premio sarà ragguagliata al numero dei mesi di servizio svolto, computando a tal fine per mese intero la frazione di mese superiore a 15 giorni, e non calcolando quella pari o inferiore a 15 giorni.
3. Il premio di operosità è calcolato sul compenso professionale di cui all'articolo 57, comma 1, lettera A, punti I), II) e V) e sul premio di collaborazione di cui all'articolo 59, nonché in base ai criteri previsti dall'allegato E annesso al D.P.R. n. 884/84 che qui si intendono integralmente richiamati.
4. Ciascuna mensilità di premio potrà essere frazionata in dodicesimi; la frazione di mese superiore a 15 giorni è computata per mese intero, quella pari o inferiore a 15 giorni non è computata.

ART. 61 – ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI DERIVANTI DALL'INCARICO.

1. L'Azienda, previo eventuale coordinamento della materia a livello regionale, provvede ad assicurare i medici che svolgono il servizio di medicina dei servizi contro i danni da responsabilità professionale verso terzi e contro gli infortuni subiti a causa od in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi del presente Capo, ivi compresi, ove l'attività sia prestata in un Comune diverso da quello di residenza, gli infortuni eventualmente subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, nonché i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previste dal presente Accordo.
2. Il contratto è stipulato, senza franchigie, per i seguenti massimali:
   a) 775.000 Euro per morte od invalidità permanente;
   b) 52 Euro giornalieri per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l'anno.
3. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati di cui all'articolo 15, comma 4.

CAPO III – EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

ART. 62 – CAMPO DI APPLICAZIONE ED ATTIVITÀ.

1. L'organizzazione della emergenza sanitaria territoriale viene realizzata in osservanza della programmazione regionale, in coerenza con le norme vigenti, gli atti d'intesa tra Stato e Regioni e i Livelli Essenziali di Assistenza.
2. Il personale medico convenzionato per l'espletamento del servizio è incaricato sulla base della graduatoria regionale di cui all'articolo 19 del presente Accordo e ai sensi dell'articolo 63, comma 6.
3. Gli Accordi regionali definiscono le modalità organizzative del Servizio di Emergenza sanitaria convenzionata di cui al presente Accordo, sulla base di quanto definito dai successivi articoli del presente Capo.
4. L'attività del servizio oggetto delle presenti disposizioni si esplica nell'arco delle 24 ore per interventi di primo soccorso, per attività di coordinamento operativo e risposta sanitaria nella Centrale Operativa 118, per interventi di soccorso in caso di maxi-emergenze o disastro e, a integrazione, nelle attività dei D.E.A./PS e aree afferenti con le collaborazioni di cui all'articolo 65, comma 2.
5. Il medico incaricato di emergenza sanitaria opera di norma nelle sottoelencate sedi di lavoro:
   a) centrali operative;
   b) postazioni fisse o mobili, di soccorso avanzato e punti di primo intervento;
   c) PS/D.E.A.
6. Il medico incaricato svolge la propria attività nel contesto del sistema di emergenza territoriale, organizzato secondo la normativa nazionale in vigore in materia di emergenza sanitaria.
7. Le Regioni definiscono i canali informativi, le procedure e le modalità dell'aggiornamento continuo del medico dell'emergenza, in materia di protocolli ed indirizzi nazionali e regionali del sistema di emergenza, tenuto conto degli Accordi Stato-Regioni in materia.

ART. 63 – ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI.

1. L'Azienda procede alla data del 1° marzo e del 1° settembre di ogni anno alla verifica degli organici in dotazione ai servizi di emergenza territoriale al fine di individuare gli incarichi vacanti da pubblicare ai fini della successiva copertura.
2. Individuata la vacanza di incarico, l'Azienda ne dà comunicazione alla Regione, o al soggetto da questa individuato, per la pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.
3. Entro la fine dei mesi di aprile e di ottobre di ogni anno ciascuna Regione, o il soggetto da questa individuato, pubblica sul Bollettino Ufficiale gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale, come individuati al precedente comma 1.
4. I medici interessati, entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione di cui al comma 3, presentano alla Regione o al soggetto da essa individuato domanda di assegnazione, con apposizione del bollo secondo la normativa vigente, per uno o più incarichi vacanti pubblicati.
5. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati i medici in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto ai sensi dell'articolo 66 del presente Accordo.
6. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti:

   a) i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale in un'Azienda della Regione che ha pubblicato gli incarichi vacanti o in un'Azienda di altra Regione, a condizione che risultino titolari rispettivamente da almeno un anno e da almeno due anni dell'incarico dal quale provengono. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;

   b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso;

   c) i medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui al comma 4;

   d) i medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione;

   e) i medici di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione.
7. I medici già titolari d'incarico di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.
8. I medici di cui al comma 6, lettera a) sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato nell'emergenza sanitaria territoriale, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 22, comma 1. In caso di pari posizione sono graduati nell'ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.

9. I medici di cui al comma 6, lettera b) sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

    a) punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'articolo 19;

    b) punti 5 a coloro che nell'Azienda nella quale è vacante l'incarico per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;

    c) punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

10. I medici di cui al comma 6, lettera c) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

11. I medici di cui al comma 6, lettere d) ed e) sono graduati, nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari anzianità sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.

12. Le graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vengono formulate sulla base delle relative posizioni dei concorrenti ed apponendo a fianco al nominativo di ciascun medico lo o gli incarichi vacanti per i quali egli abbia inoltrato domanda di assegnazione.

13. La Regione, o il soggetto da essa individuato, interpella i medici di cui al comma 6, lettera a), successivamente i medici di cui alla lettera b) i medici di cui alla lettera c), i medici di cui alla lettera d) ed infine i medici di cui alla lettera e). I medici di cui alle lettere c), d) ed e) sono interpellati con priorità per i residenti nel territorio aziendale, in Regione e da ultimo fuori Regione.

14. La Regione, o il soggetto da essa individuato, indica nell'avviso di cui al comma 3 la data e la sede di convocazione dei candidati ovvero provvede, secondo modalità dalla stessa definite, alla convocazione di tutti i medici aventi titolo all'assegnazione degli incarichi con un preavviso di 15 (quindici) giorni.

15. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, secondo modalità definite dalla Regione, o, in mancanza di tale definizione, mediante posta elettronica certificata, la propria disponibilità all'accettazione, con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli incarichi vacanti per i quali ha concorso. In tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli vacanti.

16. Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

17. All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 21 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

18. La Regione, o il soggetto individuato, espletate le formalità per l'assegnazione degli incarichi invia gli atti alle Aziende interessate e, in caso di assegnazione per trasferimento ad un medico

proveniente da altra Regione, comunica alla Azienda di provenienza l'avvenuta accettazione dell'incarico ai fini di quanto previsto al precedente comma 16.

19. L'Azienda conferisce definitivamente l'incarico a tempo indeterminato, ovvero l'incarico temporaneo ai medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 o a quelli di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, con provvedimento del Direttore Generale che viene comunicato all'interessato mediante PEC, con l'indicazione del termine di inizio dell'attività, da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici. Al medico con incarico temporaneo è corrisposto il trattamento economico di cui all'articolo 68.
20. Nell'ambito degli Accordi decentrati sono definiti i criteri di mobilità intraaziendale da attuare prima della pubblicazione degli incarichi.
21. Il Direttore Generale conferisce l'incarico a tempo indeterminato ai medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 o a quelli di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, con decorrenza dalla data di conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale, previa acquisizione dell'autocertificazione del titolo.

ART. 64 – MASSIMALE ORARIO.

1. Gli incarichi a tempo indeterminato sono conferiti per 38 ore settimanali, presso una sola Azienda, e comportano l'esclusività del rapporto.

2. L'attività continuativa di servizio non può superare le 12 ore. Un ulteriore turno di servizio non può essere iniziato prima che sia trascorso un numero di ore pari a quelle effettuate nell'ultimo turno assegnato.

3. Per ragioni eccezionali e contingenti specifiche della tipologia dell'attività, qualora il servizio debba essere prolungato oltre il turno prestabilito, l'attività continuativa può superare le 12 ore, ma mai comunque le 15 ore.

4. I turni di servizio dei medici incaricati di emergenza sanitaria territoriale devono essere disposti sulla base del principio della equità distributiva, fra tutti i medici incaricati, dei turni diurni, notturni e festivi sull'orario mensile.

5. Nell'ambito degli Accordi regionali, possono essere individuate le modalità organizzative e di collaborazione dei medici del 118 presso le strutture aziendali dell'Emergenza-Urgenza, nelle quali essi operano.

6. Ai medici di cui all'articolo 9, comma 2, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 e a quelli di cui all'articolo 12, comma 4 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, cui venga conferito un incarico di emergenza sanitaria territoriale e per i quali le Regioni abbiano stabilito il mantenimento della frequenza a tempo pieno al corso di formazione specifica in medicina generale, l'incarico è comunque conferito ai sensi del comma 1 di cui al presente articolo (38 ore). Tuttavia, tali medici ottengono una sospensione parziale dell'attività convenzionale, ai fini giuridici ed economici, pari a 14 ore settimanali. Tale sospensione permane fino alla data di conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale.

ART. 65 – COMPITI DEL MEDICO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE.

1. Il medico incaricato svolge i seguenti compiti, retribuiti con la quota fissa oraria:
   a) interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterni al presidio ospedaliero, con mezzo attrezzato secondo la vigente normativa;
   b) attività assistenziali e organizzative in occasione di maxiemergenze e NBCR (Nucleare Biologico Chimico Radiologico) previo svolgimento di apposito corso di formazione predisposto a livello regionale o aziendale;
   c) trasferimenti urgenti a bordo di autoambulanze attrezzate, ferma restando la copertura del servizio territoriale;
   d) attività presso centrali operative dei dipartimenti di emergenza e urgenza.
2. I medici incaricati possono inoltre, sulla base di appositi Accordi regionali ed aziendali:
   a) collaborare, per il tempo in cui non sono impegnati in compiti propri dell'incarico, nelle attività di primo intervento dei presidi territoriali delle Aziende e nelle strutture di Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri dell'Azienda facenti parte dei dipartimenti di emergenza e urgenza;
   b) essere utilizzati presso punti di soccorso fissi o mobili, in occasione di manifestazioni sportive, fieristiche e culturali ecc.;
   c) svolgere nelle centrali operative attività di coordinamento e di riferimento interno ed esterno al servizio;
   d) operare interventi di assistenza e di soccorso avanzato su mezzi attrezzati ad ala fissa, ala rotante, auto e moto medica ed altri mezzi di trasporto attrezzati;
   e) effettuare interventi di soccorso in mare, secondo modalità definite con le autorità competenti.
3. Ai medici incaricati a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale sono attribuiti anche ulteriori compiti previsti dagli Accordi regionali compresi quelli di formazione e aggiornamento del personale sanitario.
4. Ai medici incaricati a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale possono essere attribuiti compiti di formazione e aggiornamento del personale medico, sulla base di apposite determinazioni assunte nell'ambito degli Accordi regionali.
5. Sulla base di apposita programmazione regionale e aziendale i medici dell'emergenza possono partecipare, secondo Accordi regionali ed aziendali, a progetti formativi e di educazione sanitaria dei cittadini in materia di emergenza sanitaria territoriale e primo intervento sanitario.
6. Il medico in turno di servizio deve essere presente fino all'arrivo del medico addetto al turno successivo. Al medico che deve prolungare il proprio turno per ritardato arrivo del medico addetto al turno successivo, spetta un compenso aggiuntivo pari all'eccedenza di orario svolto. Tale compenso viene trattenuto in misura corrispondente al medico ritardatario.
7. Il medico in turno di servizio è tenuto ad espletare gli interventi richiesti nel corso del turno, ed a completare l'intervento che eventualmente si prolunghi oltre il termine del turno di servizio medesimo. L'eccedenza di orario derivante dall'intervento di cui sopra è retribuita secondo quanto disposto dall'articolo 68.

ART. 66 – IDONEITÀ ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ DI EMERGENZA.

1. Al fine di esercitare le attività indicate dall'articolo 65 i medici devono essere in possesso di apposito attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale, rilasciato dalle Aziende sulla base di quanto disposto ai successivi commi. Le linee guida per i corsi sono riportate nell'Allegato 10.
2. Le Regioni formulano, sulla base della normativa vigente, il programma di un apposito corso di formazione della durata di almeno 4 mesi, per un orario complessivo non inferiore a 300 ore, da svolgersi prevalentemente in forma di esercitazione e tirocinio pratico secondo le norme vigenti.
3. Le Aziende quantificano entro il 30 giugno di ogni anno il proprio fabbisogno di personale medico da utilizzare, nell'anno successivo, per le esigenze complessive (incarichi, sostituzioni e reperibilità) dell'emergenza sanitaria territoriale ed organizzano e svolgono entro il 31 dicembre dello stesso anno uno o più corsi di cui deve essere preventivamente data pubblicazione sul Bollettino Ufficiale Regionale.
4. Nell'ambito degli Accordi regionali sono definiti i criteri di accesso e modalità di partecipazione al corso.
5. Il corso si conclude con un giudizio di idoneità, o meno, dei partecipanti e con il rilascio da parte della Azienda di un attestato di idoneità allo svolgimento di attività di emergenza sanitaria territoriale valido presso tutte le Aziende sanitarie.

ART. 67 – SOSTITUZIONI, INCARICHI A TEMPO DETERMINATO E PROVVISORI – REPERIBILITÀ.

1. Il medico impossibilitato ad effettuare il turno assegnato deve darne comunicazione al responsabile del competente Servizio dell'Azienda per la necessaria sostituzione.
2. I medici incaricati di emergenza sanitaria ai quali sia riconosciuto dalla competente commissione sanitaria dell'Azienda, già individuata per il personale dipendente, lo stato di inidoneità all'attività sui mezzi mobili di soccorso, ivi compreso lo stato di gravidanza fin dal suo inizio, sono ricollocati ed utilizzati nelle centrali operative, nei presidi fissi di emergenza, nei DEA/PS e nelle strutture distrettuali e aziendali.
3. Alla sostituzione del medico sospeso ai sensi dell'articolo 22 del presente Accordo provvede l'Azienda utilizzando la graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 6.
4. Nelle more dell'espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato, stabilite dall'articolo 63, l'Azienda può conferire incarichi provvisori per 38 ore settimanali, secondo le disposizioni di cui al successivo comma 7. L'incarico provvisorio non può essere superiore a dodici mesi e cessa alla scadenza o a seguito del conferimento dell'incarico a tempo indeterminato. Sono fatte salve temporanee e specifiche diverse determinazioni regionali in relazione a obiettive difficoltà di organizzazione del Servizio, al fine di salvaguardare il livello qualitativo dell'emergenza sanitaria territoriale.
5. Alla scadenza dell'incarico di cui al comma 4, un ulteriore incarico potrà essere conferito dall'Azienda ad un altro medico e secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 6. Esaurita la graduatoria, l'incarico potrà essere attribuito al medico precedentemente incaricato.
6. Per esigenze relative a importanti flussi turistici o di altro genere e per specifiche istanze sperimentali, le Aziende possono istituire punti di emergenza sanitaria territoriale conferendo incarichi a tempo determinato della durata massima di mesi sei, a medici inseriti nella graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 6.
7. Gli incarichi provvisori e a tempo determinato conferiti dall'Azienda ai sensi dei precedenti commi 4 e 6, vengono assegnati ai medici inseriti nella graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 6, purché in possesso dell'attestato di cui all'articolo 66, interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito dell'Azienda stessa, successivamente nella Regione ed infine fuori Regione.
8. Al medico che effettua sostituzione ai sensi del comma 3, al medico con incarico provvisorio di cui al comma 4 e al medico con incarico a tempo determinato di cui al comma 6 spetta il compenso indicato all'articolo 68, comma 1.
9. Considerate le peculiarità del Servizio di Emergenza Territoriale, le professionalità necessarie e la responsabilità intrinseca al Servizio stesso, per eventuali assenze impreviste od improvvise, l'Azienda organizza, i turni di reperibilità dei medici incaricati nel servizio di emergenza sanitaria territoriale.
10. L'Azienda organizza, utilizzando i medici incaricati nel servizio di emergenza sanitaria territoriale, turni di reperibilità domiciliare di 12 ore al fine di fronteggiare assenze improvvise dei medici incaricati del turno di lavoro. I turni mensili di reperibilità eccedenti il numero di 4 vengono retribuiti mediante Accordi regionali.

11. Ulteriori reperibilità, comprese quelle per le maxiemergenze, possono essere attivate in relazione a specifiche necessità determinatesi nell'ambito del Servizio.
12. Il numero dei medici in reperibilità, utilizzati per ciascun turno, non può essere inferiore al rapporto di 1 reperibile per 6 medici in guardia attiva nel turno corrispondente. Sono fatti salvi eventuali differenti Accordi regionali già in essere all'atto dell'entrata in vigore del presente Accordo.
13. L'Azienda sanitaria fornisce alla Centrale Operativa copia dell'elenco dei medici reperibili, con il relativo indirizzo, recapito telefonico e turni ad essi assegnati.

ART. 68 – TRATTAMENTO ECONOMICO – RIPOSO ANNUALE.

1. Il trattamento economico del medico di emergenza sanitaria territoriale è costituito da:

   A. compenso orario, pari ad Euro 23,39 per ogni ora di attività svolta ai sensi del presente Capo con la decorrenza prevista dall'articolo 5, comma 1, tabella A4, del presente Accordo;

   B. quota oraria derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010, pari ad Euro 0,26 per ciascuna ora di incarico, negoziata a livello regionale, considerate le eventuali riduzioni intervenute ai sensi dell'articolo 6, ACN 8 luglio 2010.

2. Gli Accordi regionali ed aziendali, per lo svolgimento dei compiti di cui all'articolo 65, commi 2, 3, 4 e 5, nonché di ulteriori compiti individuati dalla contrattazione, prevedono i compensi da corrispondere ai medici che partecipano alle relative attività.

3. Fatti salvi gli Accordi regionali in essere alla data di entrata in vigore dell'ACN 23 marzo 2005, al medico addetto all'emergenza sanitaria territoriale spetta un periodo annuale retribuito di astensione obbligatoria dal lavoro per riposo pari a 21 giorni lavorativi esclusi i festivi, da fruirsi per 11 giorni a scelta da parte del medico e per i restanti 10 su indicazione dell'Azienda sulla base delle esigenze di servizio, purché l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a tre volte l'impegno orario settimanale. Qualora sussistano eccezionalmente incarichi inferiori a 38 ore settimanali, il periodo di riposo è ridotto in misura proporzionale. Il periodo di riposo annuale è commisurato alla durata dell'incarico.

4. Le eventuali ore di servizio eccedenti le 38 settimanali, attribuite temporaneamente dall'Azienda e a garanzia della copertura del servizio, sono retribuite aggiuntivamente secondo le determinazioni previste dagli Accordi regionali.

5. I compensi sono corrisposti entro la fine del mese successivo a quello di competenza.

ART. 69 – CONTRIBUTI PREVIDENZIALI E ASSICURAZIONE CONTRO I RISCHI DERIVANTI DALL'INCARICO.

1. Sul compenso di cui all'articolo 68, comma 1, l'Azienda versa trimestralmente e con modalità che assicurino l'individuazione dell'entità delle somme versate e del medico cui si riferiscono, un contributo previdenziale con quota parte a carico dell'Azienda pari al 10,375%, a favore del competente fondo di previdenza di cui al Decreto del Ministro del lavoro e della Previdenza Sociale 15 ottobre 1976 e successive modificazioni. L'aliquota previdenziale a carico del medico è stabilita dall'ENPAM, a norma dell'articolo 1, comma 763 della Legge 27 dicembre 2006, n. 296.
2. Ferma restando la quota di contributo a carico dell'Azienda, i medici di cui al presente Capo possono optare per l'incremento dell'aliquota contributiva a proprio carico di un punto intero percentuale fino ad un massimo di cinque punti. Tale scelta si esercita al massimo una volta all'anno entro il 31 gennaio. L'aliquota resta confermata negli anni successivi in assenza di comunicazione di variazione da effettuarsi eventualmente entro la stessa data.
3. Per far fronte al mancato guadagno derivante al medico per malattia, gravidanza, puerperio, anche in relazione al disposto del D.Lgs. n. 151/2001 ed al fine di migliorare i trattamenti assicurativi e includere nella gamma degli eventi assicurati anche le eventuali conseguenze economiche di lungo periodo, l'Azienda versa all'ENPAM, con le stesse cadenze previste per il versamento del contributo previdenziale di cui al comma 1 ed affinché provveda in merito, un contributo dello 0,72% (zero virgola settantadue per cento) sull'ammontare dell'onorario professionale di cui all'articolo 68, comma 1, lettera A da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni.
4. L'Azienda, previo coordinamento della materia a livello regionale, provvede ad assicurare i medici che svolgono il servizio di emergenza sanitaria territoriale contro gli infortuni subiti a causa o in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi del presente Accordo, ivi compresi, qualora l'attività sia prestata in Comune diverso da quello di residenza, gli infortuni eventualmente subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, nonché i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previsti dal presente Accordo.
5. Il contratto è stipulato, senza franchigie, per i seguenti massimali:
   a) 775.000 Euro per morte od invalidità permanente;
   b) 52 Euro giornalieri per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l'anno, fatti salvi diversi Accordi regionali.
6. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati di cui all'articolo 15, comma 4.
7. L'Azienda provvede inoltre ad assicurare i medici per i danni subiti, cagionati da terzi, nel corso della propria attività professionale di istituto.
8. Gli Accordi regionali disciplinano la copertura assicurativa RCT del medico di emergenza sanitaria territoriale, da parte delle Aziende. L'eventuale estensione della copertura assicurativa per colpa grave è a carico del medico.

CAPO IV – ASSISTENZA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

ART. 70 – CAMPO DI APPLICAZIONE.

1. Il D.Lgs. 22 giugno 1999, n. 230, come modificato ed integrato dal D.Lgs. 22 dicembre 2000, n. 433, ha introdotto il riordino della medicina penitenziaria ed assegnato al Servizio Sanitario Nazionale il compito di assicurare alle persone detenute o internate livelli di prestazioni di prevenzione, di diagnosi, di cura e riabilitazione analoghi a quelli garantiti ai cittadini in stato di libertà, sulla base degli obiettivi generali, di salute e dei livelli essenziali di assistenza individuati nel piano sanitario nazionale e regionale.
2. Il presente Capo regolamenta l'attività svolta dai medici in rapporto di convenzionamento con il S.S.N. operanti all'interno degli Istituti penitenziari, a seguito del trasferimento delle funzioni sanitarie ai sensi dell'articolo 2, comma 283, lettera a) della L. 24 dicembre 2007, n. 244 e dal D.P.C.M. 1 aprile 2008.
3. I successivi articoli disciplinano il rapporto di convenzionamento instaurato tra le Aziende sanitarie ed i medici del servizio di assistenza penitenziaria, per l'espletamento delle attività afferenti alla medicina generale.
4. Dalla data di entrata in vigore del presente Accordo tali medici assumono la denominazione di medici di assistenza penitenziaria.

ART. 71 – MEDICI OPERANTI NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI.

1. L'attività assistenziale presso gli Istituti penitenziari è assicurata dal servizio medico di base secondo il modello organizzativo definito dalla Regione con riferimento all'Accordo 22 gennaio 2015 della Conferenza Unificata, sul documento "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali". I suddetti modelli organizzativi tengono conto anche dei rapporti di lavoro trasferiti al Servizio Sanitario Nazionale ai sensi dell'articolo 2, comma 283, lettera b) della L. 24 dicembre 2007, n. 244 e dal D.P.C.M. 1 aprile 2008.
2. I medici operanti ai sensi del presente Capo prestano attività assistenziale a tutta la popolazione detenuta e garantiscono le attività di prevenzione, promozione della salute, diagnosi e terapia previste dai Livelli Essenziali di Assistenza, espletando, in particolare, i seguenti compiti:
   - erogano le prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura;
   - prescrivono gli accertamenti necessari, le consulenze specialistiche e rilasciano le specifiche certificazioni richieste;
   - redigono e aggiornano la cartella clinica individuale;
   - assicurano la presenza con orari predeterminati nell'ambito del modello organizzativo aziendale;
   - assicurano il raccordo con le altre figure professionali presenti all'interno del presidio per una corretta gestione clinica del paziente detenuto;
   - effettuano visite periodiche nell'ambito delle attività di medicina d'iniziativa e aderiscono alle campagne vaccinali e di educazione sanitaria;
   - redigono la certificazione dell'infortunio sul lavoro dei detenuti su modulo INAIL;
   - redigono la certificazione dello stato di malattia del lavoratore detenuto secondo la normativa vigente;
   - rilasciano la relazione sanitaria indirizzata al medico curante per i singoli detenuti in carico al momento della loro scarcerazione o al medico dell'Istituto di destinazione in caso di trasferimento;
   - garantiscono la continuità dell'assistenza con eventuale refertazione all'autorità giudiziaria.

   I medici del presente Capo svolgono altresì i seguenti compiti specifici:
   - effettuano la valutazione medica dei nuovi ingressi;
   - esprimono pareri e forniscono indicazioni di natura sanitaria su richiesta del Consiglio di disciplina;
   - inviano all'autorità giudiziaria le segnalazioni d'obbligo in caso di lesioni rilevate nel corso della visita esplicitando la compatibilità delle stesse con la dichiarazione del detenuto;
   - dispongono l'isolamento sanitario in caso di malattia contagiosa e particolare sorveglianza;
   - certificano l'idoneità dei detenuti alla traduzione e rilasciano il relativo nulla osta;

- eseguono le visite periodiche ai detenuti in isolamento per motivi giudiziari, disciplinari e sanitari e in particolari condizioni di rischio quali lo sciopero della fame e delle terapie e altri atti autoaggressivi.

3. I medici che operano negli Istituti penitenziari svolgono la propria attività nel rispetto di tutte le norme deontologiche, civili e penali che regolano l'esercizio professionale nel Sistema Sanitario Nazionale e sono tenuti altresì al rispetto dei regolamenti penitenziari, così come sancito dal D.Lgs. 22 giugno 1999, n. 230.
4. Il medico in turno di servizio deve essere presente fino all'arrivo del medico addetto al turno successivo. Al medico che deve prolungare il proprio turno per ritardato arrivo del medico addetto al turno successivo, spetta un compenso aggiuntivo pari all'eccedenza di orario svolto. Tale compenso viene trattenuto in misura corrispondente al medico ritardatario.
5. Il "Servizio sanitario penitenziario" opera sotto la responsabilità di un medico in servizio all'interno della struttura che coordina gli interventi delle professionalità sanitaria coinvolte, ivi incluse quelle specialistiche ospedaliere delle sezioni specializzate o dedicate e quelle dei servizi territoriali per la presa in carico del disagio psichico o delle patologie da dipendenza.
6. Qualora l'Azienda, nell'ambito delle proprie determinazioni, decida di individuare il Responsabile/Referente di cui al comma 5 tra i medici di cui al presente Capo, la procedura di designazione dovrà tener conto dei seguenti criteri:
   - il Responsabile/Referente dovrà espressamente accettare l'incarico ed essere disponibile a svolgere tale funzione e a garantirne il mantenimento per il periodo previsto;
   - l'incarico ha una durata di norma triennale.
7. Il Responsabile/Referente di cui al comma 5, con comprovata esperienza, svolge, in particolare, i seguenti compiti:
   - garantisce la sua presenza tutti i giorni feriali, secondo quanto stabilito in funzione della tipologia del presidio e le esigenze di servizio definite dall'Azienda di competenza;
   - coordina gli interventi di tutte le professionalità sanitarie coinvolte e garantisce il regolare svolgimento delle attività previste dal modello organizzativo;
   - definisce i generali bisogni assistenziali dei detenuti;
   - sovraintende alla corretta compilazione dei diari clinici da parte di tutti gli operatori preposti e alla tenuta di tutta la documentazione afferente;
   - è responsabile della gestione dei locali sanitari, della gestione di strumentazione ed arredi;
   - relaziona all'Autorità Giudiziaria e/o al Direttore del carcere lo stato di salute del detenuto. In sua assenza la funzione può essere delegata ad altro medico del presidio;
   - mantiene costanti rapporti con la direzione penitenziaria e le sue articolazioni funzionali, anche in ragione dell'alta complessità della gestione clinico-assistenziale e della specificità giuridica delle persone detenute ed internate.
8. Al Responsabile/Referente di cui al comma 6 è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono l'entità della remunerazione destinata alla funzione di Responsabile/Referente, il cui onere e finanziato

attraverso la quota assegnata agli Accordi Integrativi Regionali di cui all'articolo 75, comma 2 del presente Accordo.

9. Il Direttore Generale dell'Azienda conferisce la funzione, valuta annualmente i risultati raggiunti e può procedere alla sostituzione del Responsabile/Referente anche prima della scadenza.

ART. 72 – ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI.

1. Le Aziende valutano il fabbisogno di medici e verificano la possibilità di assegnare ore disponibili ai medici con incarico a tempo indeterminato, per realizzare il completamento orario, prima di procedere alla pubblicazione degli incarichi vacanti sul Bollettino Ufficiale. In caso di pubblicazione deve essere indicato un incarico di almeno 24 ore settimanali.

2. I medici interessati, entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano alla Azienda domanda di assegnazione, con apposizione del bollo secondo la normativa vigente, per uno o più incarichi vacanti pubblicati.

3. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti:

   a) i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza penitenziaria da almeno un anno. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;

   b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso;

   c) i medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui al comma 2;

   d) i medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione;

   e) i medici di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione.

4. I medici di cui al comma 3, lettera a) possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento e sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato nell'assistenza penitenziaria detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico.

5. I medici di cui al comma 3, lettera b), sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

   a) punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'articolo 19;

   b) punti 5 ai medici che nell'ambito dell'Azienda nella quale è vacante l'incarico per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;

   c) punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

6. In caso di pari posizione, i medici di cui al comma 3, lettera a) e lettera b) sono graduati nell'ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.

7. I medici di cui al comma 3, lettera c) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

8. I medici di cui al comma 3, lettere d) ed e) sono graduati, nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari anzianità sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.

9. L'Azienda interpella i medici di cui al comma 3, lettera a), successivamente i medici di cui alla lettera b), i medici di cui alla lettera c), i medici di cui alla lettera d) ed infine i medici di cui alla lettera e). I medici di cui alle lettere c), d) ed e) sono interpellati con priorità per i residenti nel territorio aziendale, in Regione e da ultimo fuori Regione.

10. Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza.

11. L'Azienda provvede alla convocazione, secondo modalità dalla stessa definite, di tutti i medici aventi titolo alla assegnazione degli incarichi con un preavviso di 15 (quindici) giorni.

12. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, secondo modalità definite dalla Azienda, o, in mancanza di tale definizione, mediante posta elettronica certificata, la propria disponibilità all'accettazione.

13. All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 21 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

14. L'Azienda conferisce definitivamente l'incarico a tempo indeterminato, ovvero l'incarico temporaneo ai medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 o a quelli di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, con provvedimento del Direttore Generale che viene comunicato all'interessato mediante PEC, con l'indicazione del termine di inizio dell'attività, da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici. Al medico con incarico temporaneo è corrisposto il trattamento economico di cui all'articolo 75.

15. Il Direttore Generale conferisce l'incarico a tempo indeterminato ai medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 o a quelli di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, con decorrenza dalla data di conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale, previa acquisizione dell'autocertificazione del titolo.

ART. 73 – MASSIMALE ORARIO.

1. Gli incarichi a tempo indeterminato sono conferiti presso una sola Azienda per 24 ore settimanali fino ad un massimo di 38 e comportano, in caso di orario a tempo pieno, l'esclusività del rapporto.
2. Il medico deve osservare l'orario di attività indicato nell'atto di conferimento dell'incarico. L'inosservanza dell'orario di servizio comporta trattenute sulle competenze mensili del medico; in caso di reiterazione, l'inosservanza costituisce infrazione contestabile, da parte dell'Azienda, secondo le procedure di cui all'articolo 25.
3. L'attività continuativa di servizio non può superare le 12 ore. I turni di servizio dei medici incaricati ai sensi del presente Capo devono essere disposti sulla base del principio della equità distributiva dei turni.
4. In attuazione di quanto disposto dall'articolo 9, comma 2, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 nonché dall'articolo 12, comma 4 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, le Regioni, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 24, comma 3, del D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368, possono prevedere limitazioni del monte ore settimanale, ovvero organizzare i corsi a tempo parziale, prevedendo in ogni caso che l'articolazione oraria e l'organizzazione delle attività assistenziali non pregiudichino la corretta partecipazione alle attività didattiche previste per il completamento del corso di formazione specifica in medicina generale. A tal fine, per il concomitante periodo di frequenza del corso a tempo pieno, si applica un limite di attività oraria pari a 24 settimanali.

ART. 74 – SOSTITUZIONI, INCARICHI A TEMPO DETERMINATO E PROVVISORI.

1. Il medico impossibilitato ad effettuare il turno assegnato deve darne comunicazione al Responsabile/Referente di cui all'articolo 71, comma 6 per la necessaria sostituzione.
2. Le Aziende possono organizzare turni di reperibilità domiciliare per garantire il servizio in caso di improvvisa assenza o impedimento del medico di turno secondo modalità di attuazione e retribuzione definite con Accordi regionali.
3. L'Azienda, in attesa del conferimento degli incarichi a tempo indeterminato di cui all'articolo 71, può conferire incarichi provvisori, secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 6, per un periodo non superiore a dodici mesi, interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito dell'Azienda, in Regione e da ultimo fuori Regione. L'incarico provvisorio cessa alla scadenza o a seguito del conferimento dell'incarico a tempo indeterminato.
4. Per sopravvenute esigenze di servizio o di altro genere, le Aziende possono conferire incarichi a tempo determinato della durata massima di sei mesi, secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 6 interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito dell'Azienda stessa.
5. Alla sostituzione del medico sospeso dal servizio per le condizioni previste dall'articolo 22, provvede la Azienda con le modalità di cui ai precedenti commi.
6. Per lo svolgimento dell'attività di cui al presente articolo al medico spetta il trattamento economico indicato all'articolo 75, commi 1 e 2.

ART. 75 – TRATTAMENTO ECONOMICO.

1. Per l'attività svolta ai sensi del presente Capo è corrisposto un compenso orario pari ad Euro 23,39, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda. Tale quota oraria è negoziata a livello nazionale.
2. È inoltre corrisposta una ulteriore quota oraria derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010, pari ad Euro 0,26 per ciascuna ora di incarico, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale. Tali risorse sono per ciascun anno preventivamente decurtate delle risorse necessarie al finanziamento disposto ai sensi dell'articolo 71, comma 8 del presente Accordo.
3. Gli Accordi regionali regolamentano le attività di cui al presente capo, in relazione ai compiti di cui all'articolo 71 del presente Accordo e alla complessità della struttura penitenziaria, nell'ambito delle risorse determinate a livello regionale.
4. Per i contributi previdenziali ed assicurativi si applicano le disposizioni previste per il medico di del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria di cui all'articolo 48 del presente Accordo.

NORME FINALI

Norma finale n. 1

In deroga all'articolo 21, comma 1, lettera a), ai medici incaricati di medicina penitenziaria con rapporti instaurati ai sensi della Legge 9 ottobre 1970, n. 740; ai medici di Polizia ed ai medici militari in SPE di cui all'articolo 6-bis del D.L. 24 aprile 1997, n. 198 convertito con modifiche nella Legge 20 giugno 1997, n. 174 è consentita l'acquisizione di un incarico ai sensi del presente Accordo, nel rispetto dell'orario massimo settimanale (38 ore), con possibilità di svolgere attività di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta fino ad un massimo di 400 assistiti, fermo restando il possesso del titolo per l'accesso alla medicina generale. Sono fatti salvi gli incarichi ed i limiti di cui all'articolo 39, comma 9 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. in essere alla data di entrata in vigore del presente Accordo.

Norma finale n. 2

Tra i compiti affidati dal presente Accordo ai medici del ruolo unico di assistenza primaria e di emergenza sanitaria territoriale non rientrano le funzioni di medico necroscopo e di polizia mortuaria.

Norma finale n. 3

1. La formazione dei collaboratori di studio è riconosciuta essere una priorità ad alto valore aggiunto per la qualità delle prestazioni della medicina generale ed un investimento strategico per promuovere e sostenere forme innovative di erogazione dei servizi della medicina generale nei confronti dei cittadini.
2. Nell'ambito degli Accordi regionali possono essere previste iniziative volte a realizzare l'attività di cui al comma 1, anche mediante definizione di linee guida contenutistiche di livello nazionale o regionale volte a realizzare una formazione specifica del personale di studio tale da rendere gli addetti sempre più qualificati e funzionali allo sviluppo delle attività dei medici di famiglia nel Servizio Sanitario Nazionale.

Norma finale n. 4

Nel rispetto della programmazione regionale, le Aziende possono confermare i rapporti con i medici già incaricati di attività territoriali programmate ai sensi del Capo IV del D.P.R. 270/2000, tenuto conto delle disposizioni in materia di compatibilità di cui al presente Accordo.

Norma finale n. 5

Il fondo di cui all'articolo 47, comma 2, lettera D, qualora utilizzato per la organizzazione dello studio medico, deve prevedere l'applicazione del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) specifico per le figure professionali utilizzate di cui al all'articolo 47, comma 2, lettera D, punto II.

Norma finale n. 6

Le Aziende sanitarie ed i medici di medicina generale attuano, per quanto di competenza, le disposizioni di cui alla L. 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".

Norma finale n. 7

Nell'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 9 del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 e all'articolo 12 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, la normativa vigente dispone il rispetto della invarianza degli oneri di finanza pubblica.

Norma finale n. 8

I medici, già titolari di concomitante incarico di assistenza primaria e di continuità assistenziale alla data di entrata in vigore del presente Accordo, conservano i predetti incarichi anche in deroga a quanto previsto dall'articolo 38, comma 7, nel limite fissato dall'articolo 65, comma 5 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

Norma finale n. 9

L'Azienda annualmente richiede ai medici di medicina generale titolari di incarico a tempo indeterminato ai sensi del presente Accordo un'autocertificazione informativa attestante la propria situazione professionale, con particolare riferimento alle notizie aventi riflesso sulle incompatibilità, la libera professione, le limitazioni del massimale e gli aspetti economici.

Norma finale n. 10

I medici che all'entrata in vigore del presente Accordo già percepiscono i compensi per l'attività in forma associativa ai sensi dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. assicurano e mantengono lo standard organizzativo in essere e garantiscono la copertura della continuità dell'assistenza all'interno dell'AFT con priorità rispetto ai medici che non ricevono tali compensi.

NORME TRANSITORIE

Norma transitoria n. 1

In deroga a quanto previsto all'articolo 21, i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di medicina dei servizi territoriali, che al momento dell'entrata in vigore del presente ACN abbiano un concomitante incarico di medico del ruolo unico di assistenza primaria (a ciclo di scelta o ad attività oraria), in caso di superamento dell'orario complessivo settimanale di 38 ore, devono optare per uno dei due incarichi entro 6 mesi dalla data della comunicazione da parte dell'Azienda.

Norma transitoria n. 2

1. I medici già titolari di incarico convenzionale presso gli istituti penitenziari (ex SIAS) che al momento dell'entrata in vigore del presente ACN abbiano un concomitante incarico ai sensi del presente ACN di medicina generale (medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta o ad attività oraria; medico della medicina dei servizi territoriali), in caso di raggiungimento dell'orario complessivo settimanale di 38 ore, devono optare per uno dei due incarichi entro 6 mesi dalla data della comunicazione da parte dell'Azienda.
2. I medici già titolari di incarico presso gli istituti penitenziari conferito ai sensi del precedente Accordo non confluiscono nel ruolo unico di assistenza primaria di cui all'articolo 31 del presente Accordo.

Norma transitoria n. 3

Fino all'entrata in vigore degli Accordi Integrativi Regionali, per l'applicazione del rapporto ottimale, relativamente ai medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria, si fa riferimento ai parametri indicati agli articoli 33 e 64 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

Norma transitoria n. 4

Fino alla istituzione della AFT di cui al presente Accordo, per l'assegnazione di incarichi provvisori e a tempo determinato del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta o ad attività oraria, nonché per l'affidamento di sostituzioni si applicano le procedure di cui agli articoli 37, 38 e 70 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. e i rispettivi trattamenti economici previsti dal presente Accordo.

Norma transitoria n. 5

I procedimenti disciplinari già in carico al Collegio arbitrale di cui all'articolo 30 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. alla data di entrata in vigore del presente Accordo continuano ad essere regolamentati dalle previgenti clausole contrattuali fino al provvedimento finale. Il componente dell'UPDC di cui all'articolo 25, comma 3 è sostituito entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo.

Norma transitoria n. 6

I compensi e le indennità di cui all'articolo 47, comma 2, lettera D, punto II sono riconosciuti nella misura e secondo i criteri di cui all'articolo 59, lettera B dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. fino alla costituzione del fondo aziendale dei fattori produttivi.

Norma transitoria n. 7

La clausola di cui all'articolo 24, comma 3, lettera f) trova attuazione dalla data di entrata in vigore degli Accordi Integrativi Regionali di cui all'articolo 3, comma 4; fino a tale data continua ad applicarsi il disposto dell'art. 19, comma 3 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

Norma transitoria n. 8

Le clausole negoziali introdotte in forza dell'articolo 9 del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 e dell'articolo 12 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, restano valide per gli incarichi conferiti entro il termine previsto dalle disposizioni di legge.

Norma transitoria n. 9

Per i medici già operanti nel servizio di Assistenza negli Istituti penitenziari (ex SIAS) all'entrata in vigore del presente Accordo, ai quali è stato conferito un incarico convenzionale nelle more della regolamentazione di al cui Titolo II, Capo IV, sono fatti salvi gli effetti economici previsti dagli Accordi Integrativi Regionali.

Norma transitoria n. 10

La procedura di assegnazione delle ore di cui all'articolo 16 decorre dall'anno successivo all'entrata in vigore del presente ACN.

DICHIARAZIONI A VERBALE

Dichiarazione a verbale n. 1

Il terminale associativo è una struttura sindacale dotata del potere di rappresentanza della sigla a livello negoziale di riferimento (nazionale, regionale, aziendale). Si estrinseca nella sussistenza di una struttura organizzativa caratterizzata da una pluralità di componenti, operanti per ciascun livello negoziale ed eletti nel principio di democraticità interno quali rappresentanti di un'unica Organizzazione Sindacale accreditata presso le amministrazioni di riferimento.

Dichiarazione a verbale n. 2

L'attività del medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, ancorché si avvalga delle prestazioni di collaboratore di studio, non possiede le caratteristiche di autonoma organizzazione in quanto è sottoposta ad una serie di vincoli convenzionalmente previsti:

- obbligatorietà di presenza settimanale in numero minimo di ore giornaliere di apertura del proprio studio;
- prescrizioni e controlli circa i requisiti dei locali adibiti ad esercizio dell'attività e della strumentazione in dotazione;
- limiti di anzianità per l'esercizio dell'attività;
- monitoraggio e verifiche continue dell'attività convenzionata;
- controlli della prescrizione con l'obbligo di adesione alle deliberazioni regionali ed aziendali circa l'indirizzo dell'attività.

Dichiarazione a verbale n. 3

Con il termine Azienda o Azienda sanitaria si intendono anche le diverse denominazioni che individuano le varie articolazioni territoriali definite dalle Regioni.

ALLEGATI

ALLEGATO 1 – MEDICINA DI INIZIATIVA.

1. La medicina di iniziativa prevede l'interazione tra il paziente reso esperto da opportuni interventi di formazione e addestramento ed un *team* mono/multiprofessionale. Assicura, sulla base di un piano di cura personalizzato, attività educative e clinico assistenziali volte alla correzione degli stili di vita, alla diagnosi precoce e al monitoraggio delle malattie croniche conclamate al fine di rallentarne l'evoluzione e prevenirne le complicanze e consiste in un richiamo attivo periodico del paziente per sottoporlo a quanto previsto dal piano di cura.

2. Il *team* monoprofessionale è composto dai medici della AFT, dal personale appositamente formato a svolgere sia i compiti segretariali che quelli di supporto alle attività cliniche, valutative e di *empowerment* del paziente.

3. Il *team* multiprofessionale è composto dai medici della AFT e dai professionisti della forma organizzativa multiprofessionale (UCCP) di riferimento individuati nel piano di cura per la gestione del caso.

4. Per ogni AFT si identificano i cittadini affetti da condizioni di rischio, patologie croniche e condizioni di disagio socio-assistenziale a cui assicurare assistenza, assegnandoli, sulla base della gravità e gravosità dello stato di salute, a due gruppi di pazienti:

   a) pazienti affetti da una o più patologie croniche privi di importanti problemi socio-assistenziali;

   b) pazienti con patologie croniche associate a problematiche socio-assistenziali.

5. I pazienti di cui al comma 4, lettera a) sono presi in carico e assistiti prevalentemente dal *team* monoprofessionale di cui al comma 2 o dal *team* multiprofessionale di cui al comma 3 in relazione alla erogazione delle prestazioni previste dallo specifico PDTA.

6. I pazienti di cui al comma 4, lettera b) sono assistiti dal *team* monoprofessionale di cui al comma 2 o dal *team* multiprofessionale di cui al comma 3 e dal Distretto per le problematiche socio-assistenziali.

7. Il piano individuale di cura dettaglia le attività cliniche, valutative, di *empowerment* e *family learning* necessarie per ogni specifico paziente, la periodicità della loro ripetizione e individua le figure professionali del *team* deputate ad eseguire le succitate attività e a determinare la periodicità dei momenti di rivalutazione comune.

8. Il responsabile clinico della formulazione e della applicazione del PDTA è il medico di scelta del paziente.

ALLEGATO 2 – MODALITÀ DI CALCOLO DELLA TRATTENUTA MEDIA VALIDA AI FINI DELLA RAPPRESENTATIVITÀ SINDACALE

Il calcolo è operato dalla SISAC procedendo alla individuazione della trattenuta media di ciascun sindacato rappresentativo secondo la rilevazione di rappresentatività effettuata al 01/01 dell'anno precedente. La trattenuta media si ottiene rapportando il dato del totale annuo trattenuto e riversato in favore di ciascuna O.S. al rispettivo numero delle deleghe rilevate come da seguente esempio:

$$\frac{\text{TOTALE ANNUO TRATTENUTO RILEVATO NELLA RILEVAZIONE AL 01/01 DELL'ANNO PRECEDENTE}}{\text{NUMERO DI DELEGHE AL 01/01 DELL'ANNO PRECEDENTE}} = \text{TRATTENUTA MEDIA SINDACATO } \alpha$$

Tra le trattenute medie annue di ciascun sindacato (α, β, γ, ...) si determina la media semplice ed il risultato è diviso per due.

$$\frac{\dfrac{\text{TRATTENUTA MEDIA SINDACATO } \alpha + \text{TRATTENUTA MEDIA SINDACATO } \beta + \text{TRATTENUTA MEDIA SINDACATO } \gamma + \dots}{\text{NUMERO SINDACATI RAPPRESENTATIVI DERIVANTI DALLA RILEVAZIONE AL 01/01 DELL'ANNO PRECEDENTE}}}{2}$$

ALLEGATO 3 – PROCEDURE TECNICHE PER LA RILEVAZIONE DELLE ORE DI DISPONIBILITÀ SINDACALE.

APPLICAZIONE PER LA RILEVAZIONE DELLE ORE DI DISPONIBILITÀ SINDACALE – MEDICI DI MEDICINA GENERALE –

I criteri e le modalità per la comunicazione delle ore di disponibilità da parte delle Organizzazioni Sindacali operanti nell'area del convenzionamento con il Servizio Sanitario Nazionale sono disciplinati dall'articolo 16 del presente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Il sistema di rilevazione è finalizzato a facilitare la compilazione, ridurre il rischio di errori materiali ed agevolare le fasi di acquisizione ed elaborazione dei dati, garantendo la certificazione dei dati trasmessi e rilevati, con prova documentale di quanto trasmesso, in caso di eventuali contestazioni.

Al 1° gennaio di ciascun anno la SISAC rende disponibile sul sistema informatizzato ad accesso riservato il monte orario annuo complessivo e quello relativo a ciascuna O.S. Tale monte orario è determinato applicando il criterio di cui all'articolo 16, comma 1 (numero di deleghe degli iscritti derivanti dalla rilevazione certificata ai sensi dell'articolo 15, comma 6 dell'ACN moltiplicato per 3 ore annue).

Le Aziende acquisiscono annualmente, tramite le procedure informatizzate messe a disposizione dalla SISAC, i nominativi dei rappresentanti sindacali che, per ciascuna sigla rappresentativa e firmataria dell'ACN, fruiranno di ore di disponibilità, secondo quanto previsto dall'articolo 16, comma 2.

A tale scopo il legale rappresentante di ciascuna Organizzazione Sindacale (livello nazionale) provvede a registrare sull'applicazione informatizzata disposta dalla SISAC l'anagrafica di tutti i rappresentanti della propria O.S. sull'intero territorio nazionale che saranno destinatari di ore di disponibilità sindacale e a richiedere, per ciascuno di essi, l'assegnazione di ore fino al livello massimo consentito (monte ore). Alternativamente, il legale rappresentante nazionale del sindacato può delegare ai rappresentanti sindacali regionali (livello regionale) il compito di creare, tramite la medesima procedura informatizzata, anagrafiche di ambito regionale, trasferendo contestualmente a loro tutto o parte del monte ore nazionale fruibile. Analogamente, i legali rappresentanti sindacali regionali possono decidere di delegare ulteriormente tale compito, nel limite delle ore assegnate dal livello regionale, determinando, tramite il medesimo sistema informatizzato, anagrafiche aziendali con affidamento delle ore di disponibilità in favore dei rappresentanti sindacali (livello aziendale).

Tramite l'applicativo informatizzato la SISAC provvede a ratificare le richieste provenienti da tutti i livelli sindacali (nazionale, regionale, aziendale), ed a trasmettere le comunicazioni di competenza. Le Regioni e le Aziende prendono atto delle assegnazioni disposte dalle OO.SS. in favore di medici di medicina generale operanti localmente al fine del riconoscimento delle ore di disponibilità sindacale.

In corso d'anno il legale rappresentante nazionale del sindacato, ovvero del livello regionale o aziendale se autorizzati, per la parte di competenza, ha la possibilità di procedere alla variazione, in positivo o in negativo, di una assegnazione di ore precedentemente effettuata e alla eventuale cancellazione, a qualsiasi titolo, di un nominativo dall'anagrafica, con il corrispondente recupero delle ore già attribuite ma non utilizzate.

Ad ogni inserimento, modifica, ratifica o presa visione delle ore di disponibilità sindacale il sistema genera una certificazione trasmessa a mezzo PEC contemporaneamente alla O.S. operante, alla SISAC, alla Regione ed alla Azienda di appartenenza del rappresentante sindacale.

ALLEGATO 4 – ACCORDO NAZIONALE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEL DIRITTO DI SCIOPERO NELL'AREA DELLA MEDICINA GENERALE.

ART. 1

CAMPO DI APPLICAZIONE E FINALITÀ

1. Il presente Accordo è applicato a tutti i medici di medicina generale in rapporto di convenzionamento con il S.S.N. operanti secondo le previsioni del vigente ACN.

2. Le clausole del presente Accordo attuano le disposizioni contenute nella Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata ed integrata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83 e successive modificazioni ed integrazioni, in caso di sciopero nei servizi pubblici essenziali, per l'insieme delle prestazioni individuate come indispensabili e fissano i criteri per la determinazione dei contingenti di personale convenzionato tenuti a garantirli. Per quanto non espressamente previsto dal presente Accordo si intendono applicate le disposizioni di legge di cui al presente comma.

3. Il presente Accordo indica tempi e modalità per l'espletamento delle procedure di conciliazione e di raffreddamento.

4. Le clausole del presente Accordo si applicano alle azioni sindacali relative alle politiche sindacali di riforma, rivendicative e contrattuali, sia a livello nazionale che decentrato. Tutte le disposizioni in tema di preavviso e di durata non si applicano nelle vertenze relative alla difesa dei valori e dell'ordine costituzionale, per gravi eventi lesivi dell'incolumità e della sicurezza dei lavoratori.

ART. 2

SERVIZI PUBBLICI ESSENZIALI

1. Ai sensi degli articoli 1 e 2 della Legge 12 giugno 1990, n. 146 come modificata dagli articoli 1 e 2 della Legge 11 aprile 2000, n. 83, i servizi pubblici da considerare essenziali nella presente area negoziale sono i seguenti:

a) ruolo unico di assistenza primaria;

b) emergenza sanitaria territoriale;

c) medicina dei servizi territoriali;

d) assistenza negli istituti penitenziari.

2. Nell'ambito dei suddetti servizi essenziali del comma 1 è garantita, per ogni settore, nelle forme e nelle modalità di cui al successivo articolo 3, la continuità delle seguenti prestazioni indispensabili per assicurare il rispetto dei valori e dei diritti costituzionalmente tutelati:

a) ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta: visite domiciliari avuto riguardo alle condizioni cliniche e alla possibilità o meno di spostamento del paziente, assistenza domiciliare integrata, assistenza domiciliare programmata a malati terminali, nonché le ulteriori prestazioni definite indispensabili nell'ambito degli Accordi regionali;

b) ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria: prestazioni di cui all'articolo 43, comma 7 nonché le ulteriori prestazioni definite indispensabili nell'ambito degli Accordi

regionali, in particolare l'assistenza domiciliare integrata e l'assistenza domiciliare programmata a malati terminali;

c) emergenza sanitaria territoriale: tutte quelle di cui all'articolo 65 del vigente ACN per gli aspetti inerenti il soccorso urgente;

d) medicina dei servizi: tutte quelle rese nell'ambito dei servizi per tossicodipendenza, di igiene pubblica, d'igiene mentale, di medicina fiscale;

e) assistenza negli istituti penitenziari: assistenza sanitaria urgente, comprensiva in ogni caso delle terapie non procrastinabili, presenza nei processi con rito direttissimo o con imputati detenuti per quelle cause e uscite per gravi motivi di sicurezza.

ART. 3

EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI E CONTINGENTI DI PERSONALE

1. Le prestazioni minime indispensabili di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a) del presente Accordo vengono erogate da ciascun medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta in riferimento ai propri assistiti in carico.

2. Entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo sono stabiliti, relativamente ai medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, di medicina dei servizi territoriali, di emergenza sanitaria territoriale ed i medici operanti negli istituti penitenziari, con appositi protocolli d'intesa a livello decentrato, i criteri per la determinazione di contingenti di personale medico da esonerare dalla partecipazione a eventuali scioperi di categoria al fine di garantire la continuità delle prestazioni di cui all'articolo 2 del presente Accordo, nonché per la loro distribuzione territoriale.

3. In conformità ai protocolli di cui al comma precedente le Aziende individuano, in occasione degli scioperi nell'area della medicina generale, i nominativi dei medici tenuti alle prestazioni indispensabili ed esonerati dallo sciopero stesso, comunicando cinque giorni prima della data di effettuazione dello sciopero, i nominativi inclusi nei contingenti, alle Organizzazioni Sindacali locali ed ai singoli interessati. Il medico individuato ha il diritto di esprimere, entro le ventiquattro ore successive alla ricezione della comunicazione, la volontà di aderire allo sciopero chiedendo la conseguente sostituzione nel caso sia possibile. In ogni caso, per le prestazioni indispensabili relative al ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria e all'emergenza sanitaria territoriale, va mantenuto in servizio il personale convenzionato normalmente impiegato durante il turno in cui viene effettuato lo sciopero (contingente pieno).

ART. 4

MODALITÀ DI EFFETTUAZIONE DEGLI SCIOPERI

1. Le rappresentanze sindacali che proclamano azioni di sciopero che coinvolgono i servizi di cui all'articolo 2 sono tenute a darne comunicazione alle Aziende ed enti interessati con un preavviso non inferiore a 10 giorni precisando, in particolare, la durata dell'astensione dal lavoro. In caso di revoca spontanea di uno sciopero indetto in precedenza, le rappresentanze sindacali devono darne comunicazione alle predette amministrazioni almeno 5 giorni prima.

2. Le rappresentanze sindacali che proclamano sciopero, a prescindere dall'ambito territoriale di proclamazione dello stesso, informano con la stessa tempistica di [illegible]

precedente comma la "Commissione di Garanzia per l'attuazione della legge sullo sciopero nei servizi pubblici essenziali".

3. La proclamazione degli scioperi relativi a vertenze nazionali vanno comunicati: al Ministero della Salute, al Ministero degli Interni, alla Presidenza della Conferenza delle Regioni e a tutti i Presidenti di Regione e i Presidenti delle Province Autonome di Trento e Bolzano; la proclamazione di scioperi relativi a vertenze in ambiti regionali vanno comunicati al Presidente della Regione o della Provincia Autonoma, all'Assessore alla Sanità, a tutti i Prefetti delle province della Regione; la proclamazione di scioperi relativi a vertenze a livello di Azienda va comunicata all'Assessore regionale alla Sanità, al Direttore Generale dell'Azienda e al Prefetto competente per territorio. Nei casi in cui lo sciopero incida su servizi resi all'utenza, le Regioni ed enti interessati sono tenuti a trasmettere agli organi di stampa ed alle reti radiotelevisive pubbliche e private di maggiore diffusione nell'area interessata dallo sciopero una comunicazione circa i tempi e le modalità dell'azione di sciopero. Analoga comunicazione viene effettuata dalle stesse amministrazioni anche nell'ipotesi di revoca, sospensione o rinvio dello sciopero, ai sensi dell'articolo 5, comma 8.

4. Le rappresentanze sindacali comunicano alle amministrazioni interessate la durata delle azioni di sciopero come di seguito elencate:

a) il primo sciopero, per qualsiasi tipo di vertenza, non potrà superare, la durata massima di 48 (quarantotto) ore continuative anche per quei comparti organizzati per turni. In ogni caso lo sciopero non potrà essere a ridosso di giorni festivi;

b) gli scioperi successivi al primo per la medesima vertenza non supereranno le 72 (settantadue) ore. Nel caso in cui dovessero essere previsti a ridosso dei giorni festivi, la loro durata non potrà comunque superare le 24 ore;

c) con esclusione del settore del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, che promuoverà sempre scioperi non inferiori ad una giornata lavorativa, gli scioperi orari della durata inferiore ad un giorno lavorativo si svolgeranno in un unico e continuo periodo, all'inizio o alla fine di ciascun turno, secondo l'articolazione dell'orario previsto per il servizio;

d) l'area funzionale minima per proclamare uno sciopero è quella della singola Azienda. Sono consentite tutte le forme di sciopero che garantiscono il rispetto dei diritti costituzionali;

e) in caso di scioperi distinti nel tempo, sia della stessa che di altre Organizzazioni Sindacali, incidenti sullo stesso servizio finale e sullo stesso bacino di utenza, l'intervallo minimo tra l'effettuazione di un'azione di sciopero e la proclamazione della successiva è fissato in quarantotto ore, alle quali segue il preavviso di cui al comma 1.

5. Le azioni di sciopero non saranno effettuate:

- nel mese di agosto;
- nei cinque giorni che precedono e che seguono consultazioni elettorali Europee, nazionali e referendarie;
- nei cinque giorni che precedono e che seguono consultazioni elettorali regionali e comunali, per i singoli ambiti;
- nei giorni dal 23 dicembre al 7 gennaio;
- nei giorni dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo.

6. In caso di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o di calamità naturali gli scioperi dichiarati si intendono immediatamente sospesi.

7. L'adesione allo sciopero comporta la trattenuta del trattamento economico relativo all'intero periodo di astensione dall'attività convenzionale.

8. La trattenuta prevista dal precedente comma 7 deve essere effettuata dalla Azienda di competenza entro i 90 giorni successivi al termine dello sciopero medesimo.

9. Per l'effettuazione delle prestazioni indispensabili di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a) del presente Accordo, in occasione di sciopero della categoria, è riconosciuta ai medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta una percentuale del compenso previsto per essi dall'articolo 47 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, da definire in sede di Accordo Integrativo Regionale.

ART. 5

PROCEDURE DI RAFFREDDAMENTO E CONCILIAZIONE

1. In caso di insorgenza di una controversia sindacale che possa portare alla proclamazione di uno sciopero, vengono espletate le procedure di conciliazione di cui ai commi seguenti.

2. I soggetti incaricati di svolger le procedure di conciliazione sono:

a) in caso di conflitto sindacale di rilievo nazionale, il Ministero del Lavoro;

b) in caso di conflitto di livello regionale, il Prefetto del Capoluogo di Regione;

c) in caso di conflitto sindacale di Azienda, il Prefetto del Capoluogo di Provincia competente.

3. Nel caso di controversia nazionale, il Ministero del Lavoro, entro un termine di tre giorni lavorativi decorrente dalla comunicazione scritta che chiarisca le motivazioni e gli obiettivi della formale proclamazione dello stato di agitazione e della richiesta della procedura conciliativa, provvede a convocare le parti in controversia, al fine di tentare la conciliazione del conflitto. Il medesimo Ministero può chiedere alle Organizzazioni Sindacali e ai soggetti pubblici coinvolti notizie e chiarimenti per l'utile conduzione del tentativo di conciliazione; il tentativo deve esaurirsi entro l'ulteriore termine di tre giorni lavorativi dalla apertura del confronto, decorso il quale il tentativo si considera comunque espletato ai fini di quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, della Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83.

4. Con le stesse procedure e modalità di cui al comma precedente, nel caso di controversie regionali e di Azienda, i soggetti di cui alle lettere b) e c) del comma 2 provvedono alla convocazione delle parti per l'espletamento del tentativo di conciliazione entro un termine di tre giorni lavorativi. Il tentativo deve esaurirsi entro l'ulteriore termine di cinque giorni dall'apertura del confronto.

5. Il tentativo si considera altresì esplicato ove i soggetti di cui al comma 2 non abbiano provveduto a convocare le parti in controversia entro il termine stabilito per la convocazione, che decorre dalla comunicazione scritta della proclamazione dello stato di agitazione.

6. Il periodo della procedura conciliativa di cui al comma 3 ha una durata complessivamente non superiore a sei giorni lavorativi dalla formale proclamazione dello stato di agitazione; quello del comma 4, una durata complessiva non superiore a dieci giorni.

7. Del tentativo di conciliazione di cui al comma 3 viene redatto verbale che, sottoscritto dalle parti, è inviato alla Commissione di Garanzia. Se la conciliazione riesce, il verbale dovrà contenere l'espressa dichiarazione di revoca dello stato di agitazione proclamato che non costituisce forma sleale di azione sindacale ai sensi dell'articolo 2, comma 6, della Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83. In caso di esito negativo, nel verbale dovranno essere indicate le ragioni del mancato accordo e le parti si riterranno libere di procedere secondo le consuete forme sindacali nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali.

8. Le revoche, le sospensioni ed i rinvii dello sciopero proclamato non costituiscono forme sleali di azione sindacale, qualora avvengano nei casi previsti dall'articolo 2, comma 6 della Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83, o nel caso di oggettivi elementi di novità nella posizione della controparte datoriale.

9. Fino al completo esaurimento, in tutte le loro fasi, delle procedure sopra individuate, le parti non intraprendono iniziative unilaterali e non possono adire l'autorità giudiziaria sulle materie oggetto della controversia.

10. In caso di proclamazione di una seconda iniziativa di sciopero, nell'ambito della medesima vertenza e da parte del medesimo soggetto, è previsto un periodo di tempo dall'effettuazione o revoca della precedente azione di sciopero entro cui non sussiste obbligo di reiterare la procedura di cui ai commi precedenti. Tale termine è fissato in 120 giorni, esclusi i periodi di franchigia di cui all'articolo 4, comma 5.

ART. 6

COMUNICAZIONI

1. Le Aziende sono tenute a rendere pubblico tempestivamente il numero dei lavoratori che hanno partecipato allo sciopero, la durata dello stesso e la misura delle trattenute effettuate secondo la disciplina vigente.

2. Allo scopo di conciliare il diritto individuale di adesione alla astensione collettiva con le peculiari modalità di organizzazione delle prestazioni di lavoro autonomo dei medici di medicina generale convenzionati con il S.S.N. ed evitare gravi disagi organizzativi che potrebbero incidere negativamente sull'erogazione delle prestazioni indispensabili, il medico di medicina generale è tenuto a comunicare per iscritto alla Azienda la propria adesione allo sciopero entro le 24 ore precedenti nel rispetto delle modalità concordate a livello regionale, fatta eccezione per i medici iscritti alla Organizzazione Sindacale che ha proclamato o aderito allo sciopero i quali sono tenuti a comunicare entro il medesimo termine l'eventuale non adesione.

ALLEGATO 5 – DISPOSIZIONI PER FAVORIRE IL RICAMBIO GENERAZIONALE DEI MEDICI DI CURE PRIMARIE A CICLO DI SCELTA.

ART. 1

PRINCIPI GENERALI

1. Al fine di favorire il ricambio generazionale, il medico di cure primarie a ciclo di scelta, in possesso dei requisiti anagrafici e contributivi per percepire la pensione ordinaria, anche anticipata, presso la Fondazione ENPAM e con un minimo di 1.300 assistiti, può richiedere all'ENPAM l'Anticipo della Prestazione Previdenziale (modulo A)*, di seguito denominata APP, alle condizioni e con le modalità previste del presente Allegato.
2. L'attivazione del predetto istituto è subordinata alla riduzione dell'attività convenzionale da parte del medico di cui al comma 1, da un minimo del 30% fino ad un massimo del 70%, a fronte della contestuale attribuzione, con rapporto convenzionale a tempo indeterminato, della corrispondente quota di attività ad un medico da incaricare (di seguito "medico incaricato APP") inserito nella graduatoria di cui all'articolo 19, comma 1 del presente ACN.
3. Prima dell'avvio della APP e del conferimento dell'incarico a tempo indeterminato, è previsto un periodo di affiancamento obbligatorio, disciplinato dal successivo art. 6.
4. L'incarico a tempo indeterminato ha la medesima decorrenza della APP.

ART. 2

PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI APP

1. Il medico che vuole accedere alla APP deve presentare alla Azienda di appartenenza, entro il 31 dicembre, idonea domanda di adesione (modulo B)*. La domanda deve essere corredata dalla certificazione del raggiungimento del requisito per accedere alla pensione di cui all'art. 1, comma 1, rilasciata dalla Fondazione ENPAM.
2. La domanda deve riportare i seguenti dati:
   a) età del richiedente;
   b) percentuale di riduzione dell'attività convenzionale: da un minimo del 30% fino ad un massimo del 70%. La scelta ha carattere vincolante per un anno;
   c) numero di assistiti.
3. Il medico di cui al comma 1 viene inserito nell'"Elenco APP dei medici titolari", di cui al successivo art. 3, che sarà reso pubblico entro il 31 gennaio.

ART. 3

ELENCO APP DEI MEDICI TITOLARI

1. Il medico inserito nell'Elenco APP (di seguito "medico titolare") deve confermare alla Azienda, mediante lettera raccomandata A/R o PEC, entro il 31 dicembre di ogni anno, la volontà di adesione alla procedura di ricambio generazionale e comunicare l'eventuale modifica della

percentuale di riduzione dell'attività di cui all'art. 2, comma 2, lettera b). La modifica ha validità annuale.

2. La revoca in corso d'anno della disponibilità a rimanere nell'Elenco APP deve essere comunicata alla Azienda mediante lettera raccomandata A/R o PEC.

ART. 4

PRESENTAZIONE DOMANDA DEL MEDICO DA INCARICARE CON PROCEDURA APP

1. Il medico da incaricare di cui all'art. 1, comma 2, del presente Allegato, che vuole accedere alla procedura di ricambio generazionale della APP, presenta all'Assessorato alla Sanità della Regione idonea richiesta (modulo C)* da inviare con lettera raccomandata A/R o PEC, entro il termine del 30 aprile.
2. Il medico di cui al comma 1 viene inserito nell'"Elenco APP dei medici da incaricare", di cui al successivo art. 5, che sarà reso pubblico entro il 31 maggio.

ART. 5

ELENCO APP DEI MEDICI DA INCARICARE

1. Ai fini della formazione dell'"Elenco APP dei medici da incaricare" si utilizza il punteggio della graduatoria regionale di cui all'articolo 19, comma 1 del presente Accordo.
2. Il medico da incaricare già inserito nell'Elenco APP deve confermare all'Assessorato alla Sanità della Regione, mediante lettera raccomandata A/R o PEC, entro il 30 aprile di ogni anno, la volontà di adesione alla procedura di ricambio generazionale. La revoca in corso d'anno della disponibilità a rimanere nell'Elenco APP deve essere comunicata mediante lettera raccomandata A/R o PEC.

ART. 6

DISCIPLINA DEL PERIODO DI AFFIANCAMENTO

1. L'Azienda di competenza del medico titolare individua il medico da incaricare tra quelli inseriti nell'Elenco APP di cui all'art. 5, secondo l'ordine dello stesso, interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito di iscrizione del medico titolare. Nel caso in cui il medico da incaricare non sia disponibile, l'Azienda individua un nuovo medico secondo lo stesso criterio.
2. Il periodo di affiancamento ha una durata di 60 giorni di servizio effettivo. Durante questo periodo entrambi i medici svolgono congiuntamente l'attività convenzionale nei confronti degli assistiti.
3. Durante il periodo di affiancamento entrambi i medici sono sospesi dagli Elenchi APP di appartenenza. Il medico da incaricare resta inserito nella graduatoria regionale di cui all'articolo 19, comma 1 del presente Accordo.
4. Al termine del periodo di affiancamento, le parti manifestano congiuntamente la volontà all'avvio della APP (modulo D)*, nel quale:

- il medico titolare si impegna irrevocabilmente a ridurre la propria attività convenzionale nella misura di cui all'art. 2, comma 2, lettera b) al fine di beneficiare dell'APP. Dichiara inoltre di aver presentato domanda di APP alla Fondazione ENPAM;
- il medico da incaricare si impegna irrevocabilmente a svolgere la quota dell'attività convenzionale resasi disponibile a seguito della riduzione operata dal medico titolare;
- entrambi i medici dichiarano che regolamenteranno fra loro la ripartizione degli oneri e/o spese inerenti l'attività convenzionale, sollevando la Azienda da qualsivoglia responsabilità al riguardo.

5. La manifestazione di volontà deve essere inviata, a pena di decadenza, entro 15 giorni dalla fine del periodo di affiancamento, con lettera raccomandata A/R o PEC, all'Assessorato alla Sanità della Regione, alla Azienda di competenza e alla Fondazione ENPAM.
6. In mancanza di tale manifestazione di volontà, entrambi i medici restano sospesi dagli Elenchi APP e non possono accedere ad un nuovo periodo di affiancamento per 120 giorni dallo scadere del termine di cui al precedente comma 5.
7. Il medico titolare può effettuare al massimo tre periodi di affiancamento. Nel caso in cui anche al termine del terzo periodo di affiancamento non sia stata manifestata la volontà di avviare l'APP, di cui al precedente comma 4, il medico titolare decade dall'Elenco APP e può accedere nuovamente alla procedura di ricambio generazionale trascorsi due anni dal termine del terzo periodo di affiancamento.
8. Durante il periodo di affiancamento:
   - in caso di malattia il medico titolare può nominare come sostituto il medico da incaricare;
   - in caso di decesso del medico titolare, il medico da incaricare può proseguire l'attività nei confronti degli assistiti del medico deceduto fino a un massimo di 60 giorni;
   - in caso di cessazione/rinuncia per qualsiasi motivo da parte del medico l'Azienda individua un nuovo medico da incaricare avviando la procedura di cui al comma 1 del presente articolo, con nuova decorrenza del periodo di affiancamento.
9. Durante il periodo di affiancamento il trattamento economico spettante al medico da incaricare è a carico del medico titolare ed è calcolato nella misura del 30% del compenso della quota capitaria del presente ACN. Ai medici da incaricare spettano i compensi per le prestazioni eseguite nel periodo di affiancamento relativi alle quote variabili per compensi/servizi calcolati in base al tipo ed ai volumi di prestazioni concordate a livello regionale ed aziendale.

ART. 7

ANTICIPO DELLA PRESTAZIONE PREVIDENZIALE (APP)

1. A seguito della manifestazione di volontà, di cui all'art. 6, comma 4, la Fondazione ENPAM, previa presentazione della domanda di APP, provvede ad erogare la prestazione al medico titolare.

ART. 8

TRATTAMENTO ECONOMICO DEL MEDICO TITOLARE

1. I compensi a qualunque titolo dovuti per l'attività convenzionale al medico titolare che accede alla APP sono diminuiti in misura pari alla percentuale di riduzione dell'attività di cui all'art. 2, comma 2, lett. b).

ART. 9

INSTAURAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE DEL MEDICO INCARICATO APP

1. A seguito della manifestazione di volontà di cui all'art. 6, comma 4, viene instaurato il rapporto convenzionale con il medico da incaricare mediante conferimento di incarico a tempo indeterminato.
2. L'incarico di cui al comma 1 comporta l'obbligo di svolgere la quota percentuale di attività resasi disponibile a seguito della riduzione operata dal medico titolare.
3. All'atto del pensionamento definitivo del medico titolare ovvero della cessazione del rapporto per qualsiasi causa di entrambi i medici, cessano gli obblighi di cui al precedente comma 2.
4. Il medico incaricato APP di cui al presente articolo non può concorrere per trasferimento all'assegnazione di incarichi per la copertura di ambiti territoriali carenti. In caso di rinuncia o cessazione per qualsiasi ragione dall'incarico APP, il medico può accedere nuovamente alla procedura trascorsi due anni dalla cessazione dell'incarico APP.

ART. 10

TRATTAMENTO ECONOMICO DEL MEDICO INCARICATO APP

1. Al medico incaricato APP spetta la quota dei compensi a qualunque titolo dovuti per l'attività convenzionale al medico titolare, pari alla percentuale di riduzione dell'attività di cui all'art. 2, comma 2, lett. b.

ART. 11

SOSPENSIONE E CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ CONVENZIONALE - SOSTITUZIONI

1. Nei casi di sospensione dall'attività convenzionale di cui all'articolo 19 del presente ACN, fermo restando l'obbligo di sostituzione previsto dal presente Accordo, è data facoltà al medico titolare e al medico incaricato APP di nominarsi reciprocamente quale medico sostituto. I rapporti economici fra medico sostituto e medico sostituito sono regolati ai sensi dell'articolo 36 del presente Accordo.
2. In caso di cessazione dal rapporto convenzionale del medico incaricato APP, nelle more dell'attivazione di una nuova procedura APP, l'Azienda provvede a designare il sostituto avvalendosi delle graduatorie aziendali di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 6 del presente Accordo, interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito di iscrizione del

medico titolare. Il compenso spettante al sostituto del medico incaricato APP è quello previsto dall'art. 10 del presente Allegato.

ART. 12

NORMA FINALE

1. Per quanto non espressamente disciplinato, si applicano le disposizioni del presente ACN.

*Il modulo A di cui al presente Allegato è predisposto e pubblicato a cura dell'ENPAM. I moduli B, C e D sono pubblicati sul sito *web* della SISAC (https://www.sisac.info).

ALLEGATO 6 – PRESTAZIONI AGGIUNTIVE.

1. Le prestazioni aggiuntive eseguibili dai medici del ruolo unico di assistenza primaria sono quelle elencate nel nomenclatore-tariffario del presente allegato.
2. Salvo che sia diversamente previsto dal nomenclatore-tariffario, le prestazioni di particolare impegno professionale sono eseguite a domicilio dell'utente o nello studio del medico del ruolo unico di assistenza primaria a seconda delle condizioni di salute del paziente.
3. Per l'esecuzione delle prestazioni di cui al comma 1, lo studio del medico deve essere adeguatamente attrezzato. Relativamente alle prestazioni di cui alla lettera C del nomenclatore-tariffario, il medico è tenuto a rilasciare apposita dichiarazione scritta indicante le prestazioni per la effettuazione delle quali il proprio studio è dotato delle corrispondenti necessarie attrezzature.
4. Ai fini del pagamento dei compensi per le prestazioni aggiuntive il medico è tenuto ad inviare entro il giorno 15 di ciascun mese il riepilogo delle prestazioni eseguite nel corso del mese precedente. Per ciascuna prestazione, la distinta deve indicare data di effettuazione, nome, cognome, indirizzo e codice fiscale dell'assistito.
5. Nel caso di prestazioni multiple o singole soggette ad autorizzazione dal Servizio, il medico deve inoltrare, insieme alla distinta riepilogativa delle prestazioni aggiuntive, la autorizzazione ed il modulo riepilogativo regionale di prestazioni multiple autorizzate.
6. Per le prestazioni rese, al medico spettano compensi onnicomprensivi indicati nel nomenclatore-tariffario, con esclusione di quelli previsti alla lettera "C". Nessun onere a qualsiasi titolo può far carico all'assistito.
7. I compensi per le prestazioni aggiuntive sono corrisposti entro il secondo mese successivo a quello dell'invio della distinta di cui al comma 4.

NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

A) PRESTAZIONI ESEGUIBILI SENZA AUTORIZZAZIONE:

1.	Prima medicazione (*)	12,32
2.	Sutura di ferita superficiale	3,32
3.	Successive medicazioni	6,16
4.	Rimozione di punti di sutura e medicazione	12,32
5.	Cateterismo uretrale nell'uomo	9,66
6.	Cateterismo uretrale nella donna	3,59
7.	Tamponamento nasale anteriore	5,62
8.	Fleboclisi (unica eseguibile in caso di urgenza)	12,32
9.	Lavanda gastrica	12,32

10. Iniezione di gammaglobulina o vaccinazione antitetanica	6,16
11. Iniezione sottocutanea desensibilizzante (**)	9,21
12. Tampone faringeo, prelievo per esame batteriologico (solo su pazienti non ambulabili)	0,64

B) PRESTAZIONI ESEGUIBILI CON AUTORIZZAZIONE SANITARIA:

1. Ciclo di fleboclisi	9,21
2. Ciclo curativo di iniezioni endovenose (per ogni iniezione)	6,16
3. Ciclo aerosol o inalazioni caldo-umide nello studio professionale del medico (per prestazione singola) (***)	1,23
4. Vaccinazioni (****)	6,16

C) TIPOLOGIE DI PRESTAZIONI DI NORMA ESEGUIBILI NELL'AMBITO DEGLI ACCORDI REGIONALI E AZIENDALI.

1. Gli Accordi regionali possono prevedere lo svolgimento, da parte del medico, di prestazioni aggiuntive retribuite, nell'ambito di un progetto volto all'attuazione di linee guida o di processi assistenziali o di quant'altro venga concordato.

(*) Per la prima medicazione va intesa quella eseguita su ferita non precedentemente medicata. In caso di sutura si aggiunge la relativa tariffa.

(**) Praticabile solo negli studi dotati di frigorifero.

(***) Per l'esecuzione di tale prestazione lo studio del medico deve essere dotato di idonei impianti fissi.

(****) Eseguibili con autorizzazione complessiva nell'ambito di programmi di vaccinazioni disposti in sede regionale o di Azienda. Per la conservazione del vaccino che è fornito dall'Azienda, lo studio medico deve essere dotato di idoneo frigorifero. Sui risultati della propria collaborazione alla campagna di vaccinazione il medico invia apposita relazione all'Azienda. La vaccinazione è compensata con la tariffa di cui al presente Allegato.

ALLEGATO 7 – PROCEDURE TECNICHE PER L'APPLICAZIONE DEL RAPPORTO OTTIMALE DEI MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA.

Il calcolo per l'applicazione del rapporto ottimale, riferito all'ambito territoriale, Comune o gruppi di Comuni, definito dalla Regione ai sensi dell'articolo 32, comma 4, è effettuato nel seguente modo:

a) si considera la popolazione di età superiore ai 14 anni anagraficamente residente nell'ambito territoriale alla data del 31 dicembre dell'anno precedente;

b) da tale dato si sottrae il numero dei cittadini residenti che hanno effettuato la scelta in altro ambito territoriale e si aggiunge il numero dei cittadini non residenti che hanno effettuato la scelta nell'ambito in esame;

c) si considera il numero dei medici di cure primarie a ciclo di scelta iscritti nell'elenco dell'ambito territoriale e si attribuisce ad ognuno di essi un massimale corrispondente al valore del rapporto ottimale vigente per l'ambito territoriale considerato;

d) al risultato dell'operazione di cui alle lettere a) e b) è sottratto il valore derivante dall'applicazione della lettera c);

e) l'ambito territoriale è definito carente qualora il calcolo di cui alla lettera d) sia superiore al 50% del valore del rapporto ottimale vigente.

ALLEGATO 8 – ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA NEI CONFRONTI DEI SOGGETTI NON AMBULABILI.

ART. 1 – PRESTAZIONI DOMICILIARI

1. L'assistenza domiciliare programmata è svolta assicurando, al domicilio personale del non ambulabile, la presenza effettiva periodica settimanale o quindicinale o mensile del medico in relazione alle eventuali esigenze del paziente per:
   - monitoraggio dello stato di salute dell'assistito;
   - controllo sulle condizioni igieniche e sul conforto ambientale e suggerimenti allo stesso e ai familiari;
   - indicazione al personale infermieristico per la effettuazione delle terapie, da annotare sul diario clinico;
   - indicazioni ai familiari, o al personale addetto all'assistenza diurna, con riguardo alle peculiarità fisiche e psichiche del singolo paziente;
   - indicazioni circa il trattamento dietetico, da annotare sulla scheda degli accessi fornita dalla Azienda;
   - collaborazione con il personale dei servizi sociali della Azienda per le necessità del soggetto nei rapporti con la famiglia e con l'ambiente esterno;
   - predisposizione e attivazione di "programmi individuali" con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica;
   - attivazione degli interventi riabilitativi;
   - tenuta al domicilio di un'apposita scheda degli accessi fornita dalla Azienda sulla quale sono annotate le eventuali considerazioni cliniche, la terapia, gli accertamenti diagnostici, le richieste di visite specialistiche, le prestazioni aggiuntive, le indicazioni del consulente specialista e quant'altro ritenuto utile e opportuno.

ART. 2 – ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DOMICILIARE

1. Le caratteristiche dei casi soggetti ad intervento riguardano pazienti con impossibilità a raggiungere lo studio del medico, quali ad esempio:
   a) impossibilità permanente a deambulare (es. grandi anziani con deficit alla deambulazione, portatori di protesi agli arti inferiori con gravi difficoltà a deambulare);
   b) impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni (paziente non autosufficiente o paziente abitante in un piano alto e senza ascensore);
   c) impossibilità per gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico, quali:
      I. insufficienza cardiaca in stadio avanzato;

II. insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale;

III. arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stadio avanzato;

IV. gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione;

V. cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi;

VI. paraplegici e tetraplegici.

ART. 3 – PROCEDURE PER L'ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA

1. La segnalazione del caso che necessita di assistenza domiciliare può essere effettuata alla Azienda dal medico di scelta dell'assistito, dai competenti servizi sanitari e sociali o dalle famiglie.
2. Fermi restando gli obblighi in materia di visite domiciliari, la proposta motivata di attivazione dell'ADP deve essere formulata, in ogni caso, dal medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta con precisazione del numero degli accessi, e inviata o presentata al Distretto.
3. Nella stessa saranno indicate anche le esigenze assistenziali (di massima) di tipo socio-sanitario nonché le necessità di eventuali supporti di personale.
4. Al fine di fornire al medico della Azienda la possibilità di concordare sollecitamente il programma assistenziale proposto, è necessario che dalla richiesta del medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta emerga con chiarezza, oltre la diagnosi motivata, ogni altra eventuale indicazione utile a confermare la oggettiva impossibilità di accesso del paziente allo studio del medico.
5. L'esame del programma da parte del medico della Azienda deve avvenire entro 15 giorni dalla segnalazione effettuata, secondo le modalità di cui sopra, al Distretto competente per territorio riferito alla residenza dell'assistito. In caso di mancato riscontro entro il termine dinanzi indicato il programma, salvi eventuali successivi controlli, si intende a tutti gli effetti approvato.
6. In caso di discordanza sul programma da parte del medico dell'Azienda, questi è tenuto a darne motivata comunicazione scritta entro 15 giorni dalla segnalazione effettuata, al medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, al fine di apportare al programma medesimo le modifiche eventuali. Apportate tali modifiche al programma, questo viene riproposto per l'approvazione entro 7 giorni.
7. Eventuali controversie in materia di assistenza domiciliare programmata sono affidate alla valutazione congiunta del Direttore del Distretto e del medico di medicina generale componente di diritto dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali.
8. In relazione a particolari difficoltà locali, l'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali può definire specifiche modalità procedurali atte a superarle.

ART. 4 – RAPPORTI CON IL DISTRETTO

1. In relazione alle condizioni di salute di ogni soggetto e ai conseguenti bisogni sanitari e socio-assistenziali che comportano gli interventi domiciliari, il medico del ruolo unico di assistenza

primaria ed il medico responsabile a livello distrettuale dell'attività sanitaria, sulla base del programma e delle procedure di cui al precedente articolo 3, concordano:

a) la durata con relativa decorrenza del periodo di erogazione dell'assistenza sanitaria programmata domiciliare, che comunque non può essere superiore ad un anno (con possibilità di proroga);
b) la periodicità settimanale o quindicinale o mensile degli accessi del medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta al domicilio, che può variare in relazione alla diversa intensità dell'intervento come determinata dalla evoluzione dello stato di salute del soggetto;
c) i momenti di verifica comune all'interno del periodo di attivazione al fine della migliore personalizzazione dell'intervento in relazione alle ulteriori prestazioni infermieristiche, sociali, specialistiche, di ricerca diagnostica, che necessitino al soggetto.

ART. 5 – COMPENSO ECONOMICO

1. Al medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta oltre all'ordinario trattamento economico è corrisposto un compenso onnicomprensivo nella misura di regola ammontante a €. 18,90 per accesso.
2. Gli accessi devono essere effettivi e devono rispettare le cadenze previste dal programma concordato.
3. Il trattamento economico cessa immediatamente in caso di ricovero in strutture sanitarie o sociali, per cambio del medico, e il venir meno delle condizioni cliniche inizialmente valutate.

ART. 6 – MODALITÀ DI PAGAMENTO

1. Per la liquidazione dei compensi il medico segnala al Distretto, entro 10 giorni del mese successivo a quello di effettuazione della prestazione, tramite apposito riepilogo, il cognome e nome dell'assistito e il numero degli accessi effettivamente avvenuti sulla base di quanto concordato. In caso di sostituzione gli accessi sono retribuiti al medico sostituto come previsto all'articolo 36, comma 6.
2. Il numero degli accessi segnalati dal medico deve trovare riscontro nella quantità degli accessi annotati dal medico sulla scheda degli accessi presso il domicilio del paziente.
3. In caso di discordanza fa fede quanto risulta dalla scheda degli accessi.
4. La liquidazione deve avvenire nel secondo mese successivo alla effettuazione delle prestazioni, che devono sempre essere documentate alla Azienda nei tempi previsti.

ART. 7 – DOCUMENTAZIONE DI DISTRETTO

1. Presso ogni Distretto, è curata la tenuta di un fascicolo relativo a ciascun medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta che eroga l'assistenza di cui agli articoli precedenti.

2. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti con le relative variazioni mensili, ed i modelli per l'assistenza domiciliare.
3. Sulla base di apposito Accordo regionale è stabilita la modulistica da adottarsi da parte delle Aziende per i compiti di cui al presente Allegato.

ART. 8 – VERIFICHE

1. Il dirigente medico responsabile del competente servizio della Azienda ed i responsabili distrettuali delle attività sanitarie possono in ogni momento verificare presso i domicili degli assistiti la necessità degli interventi attivati.
2. Eventuali conseguenti iniziative vengono proposte ed assunte in accordo col medico del ruolo unico di assistenza primaria.

ART. 9 – INTESE DECENTRATE

1. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei differenti contenuti e modalità di attuazione del presente Allegato.

ALLEGATO 9 – ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA.

ART. 1 – PRESTAZIONI

1. L'assistenza domiciliare integrata è svolta assicurando al domicilio del paziente le prestazioni:
   a) di medicina generale;
   b) di medicina specialistica;
   c) infermieristiche domiciliari e di riabilitazione;
   d) di aiuto domestico da parte dei familiari o del competente servizio delle Aziende;
   e) di assistenza sociale.
2. L'assistenza domiciliare integrata è realizzata mediante la integrazione professionale tra i professionisti di cui al presente ACN e tra essi e le altre figure dell'assistenza territoriale, in un sistema integrato, anche di prestazioni, che complessivamente offra una risposta globale al bisogno di salute della persona non autosufficiente.
3. Lo svolgimento è fortemente caratterizzato dall'intervento integrato dei servizi necessari, sanitari e sociali, in rapporto alle specifiche esigenze di ciascun soggetto al fine di evitarne il ricovero.

ART. 2 – DESTINATARI

1. Le patologie che consentono l'avvio dell'assistenza sono quelle per le quali l'intervento domiciliare di assistenza integrata si presenta alternativo al ricovero determinabile da ragioni sociali o da motivi di organizzazione sanitaria.
2. Salva diversa determinazione concordata tra il medico responsabile dell'attività sanitaria a livello distrettuale e il medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta in relazione alla situazione socio-ambientale e al quadro clinico, le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a:
   - malati terminali;
   - malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi;
   - incidenti vascolari acuti;
   - gravi fratture in anziani;
   - forme psicotiche acute gravi;
   - riabilitazione di vasculopatici;
   - riabilitazione in neurolesi;
   - malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie e altro)
   - dimissioni protette da strutture ospedaliere.

ART. 3 - PROCEDURE PER L'ATTIVAZIONE

1. Il servizio viene iniziato, col consenso del medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, a seguito di segnalazione al responsabile delle attività sanitarie a livello di Distretto nel quale ha la residenza l'interessato da parte del:
   a) medico di scelta dell'assistito;
   b) responsabile del reparto ospedaliero all'atto delle dimissioni;
   c) servizi sociali;
   d) familiari del paziente.
2. Entro 48 ore dalla segnalazione ricevuta il medico del Distretto attiva o meno le procedure e prende contatto con il medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta per attivare l'intervento integrato, previo consenso del malato o dei suoi familiari.
3. Ove il medico del Distretto non ritenga necessaria l'attivazione dell'ADI per il caso proposto dal medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, deve darne motivata comunicazione entro 24 ore dalla richiesta di attivazione al medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e ai familiari dell'assistito interessato.
4. Nel caso in cui la proposta di ADI sia approvata, il sanitario responsabile a livello distrettuale e il medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta concordano:
   a) la durata presumibile del periodo di erogazione dell'assistenza integrata;
   b) la tipologia degli altri operatori sanitari coinvolti;
   c) le richieste di intervento degli operatori del servizio sociale da avanzare al responsabile distrettuale delle relative attività;
   d) la cadenza degli accessi del medico del ruolo unico di assistenza primaria al domicilio del paziente in relazione alla specificità del processo morboso in corso e agli interventi sanitari e sociali necessari, tenendo conto della variabilità clinica di ciascun caso;
   e) i momenti di verifica comune all'interno del periodo di effettuazione del servizio.
5. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta nell'ambito del piano di interventi:
   - ha la responsabilità unica e complessiva del paziente;
   - tiene la scheda degli accessi fornita dalla Azienda presso il domicilio del paziente sul quale gli operatori sanitari riportano i propri interventi;
   - attiva le eventuali consulenze specialistiche, gli interventi infermieristici e sociali programmati;
   - coordina gli operatori per rispondere ai bisogni del paziente.

ART. 4 – SOSPENSIONE

1. L'assistenza può essere sospesa in qualsiasi momento sia dal medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta che dalla Azienda, con decisione motivata e con preavviso di almeno 7 giorni, salvaguardando in ogni caso le esigenze socio-sanitarie del paziente.

ART. 5 - TRATTAMENTO ECONOMICO

1. Al medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, oltre all'ordinario trattamento economico di cui all'articolo 47 è corrisposto un compenso onnicomprensivo per ciascun accesso di €. 18,90.
2. Gli accessi del medico al domicilio del paziente devono essere effettivi e devono rispettare le cadenze stabilite.
3. Il trattamento economico cessa in caso di ricovero del paziente in struttura sanitaria, o al venir meno delle condizioni cliniche inizialmente valutate.
4. In caso di ricovero in struttura sociale il programma di assistenza domiciliare integrata viene riformulato sulla base della nuova situazione assistenziale. Cessa qualora l'assistenza sia erogata in residenze protette e collettività.

ART. 6 - MODALITÀ DI PAGAMENTO

1. Al fine della corresponsione del compenso il medico segnala al Distretto, entro il giorno 10 del mese successivo a quello di effettuazione delle prestazioni, tramite apposito riepilogo, il cognome e nome dell'assistito e il numero degli accessi effettivamente avvenuti sulla base di quanto concordato.
2. Effettuato il riscontro tra il programma concordato e gli accessi indicati dal medico, i documenti sono inoltrati al competente servizio della Azienda per la liquidazione.
3. Il numero degli accessi segnalati dal medico deve trovare riscontro nella quantità degli accessi annotati dal medico sulla scheda degli accessi presso il domicilio dell'assistito.
4. In caso di discordanza fa fede quanto risulta dalla scheda degli accessi.
5. La liquidazione deve avvenire nel corso del secondo mese successivo alla effettuazione delle prestazioni che devono sempre essere documentate alla Azienda nei tempi previsti.

ART. 7 - DOCUMENTAZIONE DI DISTRETTO

1. Presso ogni Distretto è curata la tenuta di un fascicolo relativo a ciascun medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta che eroga l'assistenza domiciliare integrata.
2. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti con le relative variazioni ed una copia del programma concordato per l'assistenza domiciliare integrata.

ART. 8 - RIUNIONI PERIODICHE

1. Il dirigente medico responsabile del servizio promuove riunioni periodiche con i responsabili dell'attività sanitaria distrettuale e con i membri del Comitato Aziendale al fine di assicurare l'uniformità dei criteri di ammissione ai trattamenti, di verificare congiuntamente l'andamento del processo erogativo agli effetti della sua efficienza ed efficacia, di esaminare per le relative soluzioni gli eventuali problemi connessi alla gestione dell'accordo.
2. Alla riunione possono essere invitati i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta in relazione ai singoli problemi assistenziali in discussione.
3. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta tempestivamente avvertito è tenuto a partecipare, concordando modalità e tempi.

ART. 9 – VERIFICHE

1. Il dirigente medico responsabile del servizio ed i responsabili distrettuali delle attività sanitarie possono in ogni momento verificare presso il domicilio la necessità degli interventi attivati.
2. Eventuali conseguenti iniziative vengono proposte ed assunte in accordo col medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta.

ART. 10 – CONTROVERSIE

1. Eventuali controversie in materia di Assistenza Domiciliare Integrata sono affidate alla valutazione congiunta del Direttore del Distretto e del medico di medicina generale componente di diritto dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali.
2. In relazione a particolari difficoltà locali, l'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali può definire specifiche modalità procedurali atte a superarle.

ART. 11 – INTESE DECENTRATE

1. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei differenti contenuti e modalità di attuazione del presente Allegato.

ALLEGATO 10 – LINEE GUIDA PER I CORSI DI IDONEITÀ ALL'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE.

PROGRAMMA

Il programma del corso per i medici dell'Emergenza attua le Linee Guida riguardo alla sequenza delle procedure di BLS (*Basic Life Support*=Sostegno delle Funzioni Vitali) e di ACLS (*Advanced Cardiac Life Support*) nei casi di arresto cardiocircolatorio secondo l'*American Heart Association* e l'*European Resuscitation Council* e le Linee Guida dell'ATLS (*Advanced Trauma Life Support*) nei casi di pazienti traumatizzati dell'*American College of Surgeons*, organismi scientifici, internazionali ed autorevoli, che periodicamente provvedono ad una revisione critica e ad un aggiornamento dei protocolli in base all'evoluzione delle conoscenze.

Il corso deve comunque perseguire il raggiungimento, da parte dei discenti, dei seguenti obiettivi:

1. Saper assistere un paziente:
   - al domicilio;
   - all'esterno;
   - su di un mezzo di soccorso mobile;
   - in ambulatorio.
2. Saper diagnosticare e trattare un paziente:
   - in arresto cardio circolatorio (manovre di rianimazione con ripristino della pervietà delle vie aeree, ventilazione artificiale, massaggio cardiaco esterno, defibrillazione, uso dei farmaci raccomandati dal protocollo dell'ACLS)
   - con insufficienza respiratoria acuta (dall'uso dei farmaci, intubazione o.t., alla cricotomia)
   - politraumatizzato o con traumatismi maggiori (drenaggio toracico, manovre di decompressione in caso di PNX, incannulamento vene centrali, prevenzione di danni neurologici, ecc.)
   - grande ustionato (da fattori chimici o da calore)
   - in stato di shock
   - in coma o altre patologie neurologiche
   - con dolore toracico (dall'angina all'IMA complicato)
   - con aritmia cardiaca
   - con E.P.A.
   - con emorragie interne ed esterne (emoftoe, ematemesi, enterorragia, rottura di aneurisma)
   - in caso di folgorazione o annegamento

- in caso di avvelenamento o di intossicazione esogena acuta
- in emergenza ostetrico-ginecologica (assistenza al parto)
- in emergenza pediatrica (dalla crisi convulsiva all'arresto cardiorespiratorio del neonato)
- in emergenza psichiatrica (malato violento o in stato di agitazione psicomotoria)

3. Conoscere le tecniche di estrazione e di immobilizzazione di un paziente traumatizzato;
4. Avere nozioni e manualità di piccola chirurgia riferita in particolar modo al corretto trattamento della traumatologia "minore" (ferite, ustioni, contusioni, lussazioni, fratture);
5. Conoscere le implicazioni medico legali nell'attività dell'emergenza (responsabilità nei diversi momenti operativi);
6. Avere nozioni riguardo ai problemi di pianificazione delle urgenze/emergenza in caso di macro e maxi-emergenza (Il triage, coordinamento dei soccorsi anche con la Protezione Civile, ecc.)
7. Sapere utilizzare la tecnologia connessa con l'emergenza territoriale (sistemi di comunicazione, sistemi informatici, apparecchiature elettroniche);
8. Essere a conoscenza dell'organizzazione dei servizi comunque coinvolti nell'emergenza territoriale.
9. Essere formato al Corso *dispatch emergency medical.*

Per quanto riguarda la parte pratica questa dovrà essere svolta presso ospedali che siano forniti di almeno:

1. Pronto Soccorso - Medicina e Chirurgia d'Urgenza
2. Rianimazione
3. Cardiologia e Terapia intensiva
4. Ortopedia
5. Centrale Operativa funzionante e disponibilità di mezzi di soccorso

Inoltre dovranno naturalmente essere individuati i materiali e gli strumenti da usare come supporti didattici (manichini per massaggio cardiaco esterno, intubazione oro-tracheale, incannulamento di vene centrali, seminari per la discussione di "casi" tratti dalla realtà o simulati, esercitazioni in collaborazione con i vigili del fuoco, ecc.).

La valutazione finale di "idoneità" o "non idoneità" viene effettuata mediante prova scritta e orale/pratica davanti ad una Commissione esaminatrice nominata dal Direttore Generale dell'Azienda che organizza il corso.

Ai candidati che avranno superato favorevolmente le prove di esame verrà rilasciato l'attestato di idoneità all'esercizio di attività di emergenza sanitaria territoriale.

22A02868

Margherita Cardona Albini, *redattore* Delia Chiara, *vice redattore*

(WI-GU-2022-SON-019) Roma, 2022 - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A.

MODALITÀ PER LA VENDITA

La «Gazzetta Ufficiale» e tutte le altre pubblicazioni dell'Istituto sono in vendita al pubblico:

- **— presso il punto vendita dell'Istituto in piazza G. Verdi, 1 - 00198 Roma ☎ 06-8549866**
- **— presso le librerie concessionarie riportate nell'elenco consultabile sui siti www.ipzs.it e www.gazzettaufficiale.it**

L'Istituto conserva per la vendita le Gazzette degli ultimi 4 anni fino ad esaurimento. Le richieste per corrispondenza potranno essere inviate a:

Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A.
Vendita Gazzetta Ufficiale
Via Salaria, 691
00138 Roma
fax: 06-8508-3466
e-mail: informazioni@gazzettaufficiale.it

avendo cura di specificare nell'ordine, oltre al fascicolo di GU richiesto, l'indirizzo di spedizione e di fatturazione (se diverso) ed indicando i dati fiscali (codice fiscale e partita IVA, se titolari) obbligatori secondo il DL 223/2007. L'importo della fornitura, maggiorato di un contributo per le spese di spedizione, sarà versato in contanti alla ricezione.

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

CANONI DI ABBONAMENTO (salvo conguaglio)
validi a partire dal 1° OTTOBRE 2013

GAZZETTA UFFICIALE - PARTE I (legislativa)

			CANONE DI ABBONAMENTO	
Tipo A	Abbonamento ai fascicoli della Serie Generale, inclusi tutti i supplementi ordinari:			
	*(di cui spese di spedizione € 257,04)**	- annuale	€	**438,00**
	*(di cui spese di spedizione € 128,52)**	- semestrale	€	**239,00**
Tipo B	Abbonamento ai fascicoli della 1ª Serie Speciale destinata agli atti dei giudizi davanti alla Corte Costituzionale:			
	*(di cui spese di spedizione € 19,29)**	- annuale	€	**68,00**
	*(di cui spese di spedizione € 9,64)**	- semestrale	€	**43,00**
Tipo C	Abbonamento ai fascicoli della 2ª Serie Speciale destinata agli atti della UE:			
	*(di cui spese di spedizione € 41,27)**	- annuale	€	**168,00**
	*(di cui spese di spedizione € 20,63)**	- semestrale	€	**91,00**
Tipo D	Abbonamento ai fascicoli della 3ª Serie Speciale destinata alle leggi e regolamenti regionali:			
	*(di cui spese di spedizione € 15,31)**	- annuale	€	**65,00**
	*(di cui spese di spedizione € 7,65)**	- semestrale	€	**40,00**
Tipo E	Abbonamento ai fascicoli della 4ª Serie Speciale destinata ai concorsi indetti dallo Stato e dalle altre pubbliche amministrazioni:			
	*(di cui spese di spedizione € 50,02)**	- annuale	€	**167,00**
	*(di cui spese di spedizione € 25,01)**	- semestrale	€	**90,00**
Tipo F	Abbonamento ai fascicoli della Serie Generale, inclusi tutti i supplementi ordinari, ed ai fascicoli delle quattro serie speciali:			
	*(di cui spese di spedizione € 383,93)**	- annuale	€	**819,00**
	*(di cui spese di spedizione € 191,46)**	- semestrale	€	**431,00**

N.B.: L'abbonamento alla GURI tipo A ed F comprende gli indici mensili

PREZZI DI VENDITA A FASCICOLI
(Oltre le spese di spedizione)

Prezzi di vendita:	serie generale	€	1,00
	serie speciali (escluso concorsi), ogni 16 pagine o frazione	€	1,00
	fascicolo serie speciale, concorsi, prezzo unico	€	1,50
	supplementi (ordinari e straordinari), ogni 16 pagine o frazione	€	1,00

I.V.A. 4% a carico dell'Editore

PARTE I - 5ª SERIE SPECIALE - CONTRATTI PUBBLICI

*(di cui spese di spedizione € 129,11)**	- annuale	€	**302,47**
*(di cui spese di spedizione € 74,42)**	- semestrale	€	**166,36**

GAZZETTA UFFICIALE - PARTE II

*(di cui spese di spedizione € 40,05)**	- annuale	€	**86,72**
*(di cui spese di spedizione € 20,95)**	- semestrale	€	**55,46**

Prezzi di vendita di un fascicolo, ogni 16 pagine o frazione (oltre le spese di spedizione) € 1,01 (€ 0,83 + IVA)

Sulle pubblicazioni della 5ª Serie Speciale e della Parte II viene imposta I.V.A. al 22%.
Si ricorda che, in applicazione della legge 190 del 23 dicembre 2014 articolo 1 comma 629, gli enti dello Stato ivi specificati sono tenuti a versare all'Istituto solo la quota imponibile relativa al canone di abbonamento sottoscritto. Per ulteriori informazioni contattare la casella di posta elettronica abbonamenti@gazzettaufficiale.it.

RACCOLTA UFFICIALE DEGLI ATTI NORMATIVI

Abbonamento annuo		€ **190,00**
Abbonamento annuo per regioni, province e comuni - SCONTO 5%		€ **180,50**
Volume separato (oltre le spese di spedizione)	€ 18,00	

I.V.A. 4% a carico dell'Editore

Per l'estero, i prezzi di vendita (in abbonamento ed a fascicoli separati) anche per le annate arretrate, compresi i fascicoli dei supplementi ordinari e straordinari, devono intendersi raddoppiati. Per il territorio nazionale, i prezzi di vendita dei fascicoli separati, compresi i supplementi ordinari e straordinari, relativi anche ad anni precedenti, devono intendersi raddoppiati. Per intere annate è raddoppiato il prezzo dell'abbonamento in corso. Le spese di spedizione relative alle richieste di invio per corrispondenza di singoli fascicoli vengono stabilite di volta in volta in base alle copie richieste. Eventuali fascicoli non recapitati potranno essere forniti gratuitamente entro 60 giorni dalla data di pubblicazione del fascicolo. Oltre tale periodo questi potranno essere forniti soltanto a pagamento.

N.B. - La spedizione dei fascicoli inizierà entro 15 giorni dall'attivazione da parte dell'Ufficio Abbonamenti Gazzetta Ufficiale.

RESTANO CONFERMATI GLI SCONTI COMMERCIALI APPLICATI AI SOLI COSTI DI ABBONAMENTO

* tariffe postali di cui alla Legge 27 febbraio 2004, n. 46 (G.U. n. 48/2004) per soggetti iscritti al R.O.C.

45-410301220517

€ 17,00